



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Åldersdiskriminering och äldres hälsa

En litteraturstudie om upplevd och faktisk
diskriminering på grund av ålder och kopplingen till
äldres hälsa

Författare: Charlotta Liedberg

Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi, 180 hp

Examensarbete i folkhälsovetenskap med hälsoekonomi I, 15 hp

Handledare: Annica Sjölander

Examinator: Annika Jacobsson

Svensk titel: Åldersdiskriminering och äldres hälsa – En litteraturstudie om upplevd och faktisk diskriminering på grund av ålder och kopplingen till äldres hälsa

Engelsk titel: Age discrimination and health of the elderly – A literature-based study of experienced and actual age-related discrimination and its relation to the health of the elderly

Författare: Charlotta Liedberg

Program: Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi 180 hp
Examensarbete i folkhälsovetenskap med hälsoekonomi I Vt 2016

Omfattning: 15 hp

Handledare: Annica Sjölander

Examinator: Annika Jacobsson

SAMMANFATTNING

Introduktion: Andelen äldre i världen ökar och vikten av att arbeta mot ett hälsosamt och aktivt åldrande, samt motverka åldersbaserad diskriminering lyfts fram som ett prioriterat område både nationellt och internationellt. Upplevd diskriminering har visat sig ha negativ effekt på den mentala och fysiska hälsan. I tidigare litteratursammanställningar har kunskapsluckor rörande åldersdiskriminering och effekten på hälsan identifierats från början av 2000-talet. **Syfte:** Att belysa kunskapsläget inom området diskriminering på grund av ålder och kopplingen till äldres hälsa. **Metod:** En litteraturbaserad studie genomfördes och en systematisk sökning av vetenskapliga artiklar från år 2000 och framåt gjordes i databaserna Scopus (april 2015) och PubMed (september 2015). Totalt fjorton valda vetenskapliga artiklar kvalitetsgranskades och analyserades för att identifiera olika fynd. **Resultat:** Samband fanns mellan upplevd åldersdiskriminering och äldres hälsa i form av sämre självskattad hälsa och depressiva symtom. Åldersdiskriminering är en medierande faktor i länken mellan inkomstskillnader och äldres hälsa. Ytterligare kan självuppfattning om åldrande påverkar graden av upplevd åldersdiskriminering. Merparten av studierna undersökte åldersdiskriminering på olika områden inom hälso- och sjukvården och skiljde sig i resultat och styrka. Studierna fann att äldres hälsa kan påverkas i form av sämre tillgång, tillgänglighet och kvalitet inom hälso- och sjukvården. Resultatet fann även att äldre exkluderas inom medicinsk forskning genom godtyckliga övre åldersgränser. Upplevd åldersdiskriminering var relaterat till utbildningsnivå, hushållsinkomst och kön. **Diskussion:** I föreliggande litteraturstudie sågs samband mellan upplevd åldersdiskriminering och äldres självskattade hälsa och depressiva symtom.

Mätmetoderna för upplevd åldersdiskriminering och självupplevd hälsa är problematiskt eftersom risken för minnesfel, störande faktorer och under- och överrapportering kan påverka studieresultaten. Åldersdiskriminering av äldre i tillgång, tillgänglighet och kvalitet inom hälso- och sjukvården kan inte direkt säga något om effekten på äldres hälsa. Merparten av resultaten i litteraturstudien bygger på tvärsnittsstudier vilket försvårar fyndens generaliserbarhet. **Slutsats:** Kunskapsläget som finns på området diskriminering på grund av ålder och kopplingen till äldres hälsa är fortfarande bristfälligt. Ytterligare studier av högre bevisvärde behövs på området för att få en klarare bild av åldersdiskrimineringens koppling till äldres hälsa.

Nyckelord: åldersdiskriminering, ålderism, exkludering, äldre, hälsa

ABSTRACT

Introduction: The share of elderly people increases and the importance of working towards a healthy and active ageing, as well as opposing age-related discrimination become a priority both on a national and an international scale. It has been shown that the experienced discrimination has a negative effect on the physical and mental health. Knowledge gaps regarding age discrimination and the effect on health have been identified in previous literature reviews from the beginning of 2000s. **Aim:** The aim of this study was to investigate the current state of knowledge in age-related discrimination and its relation to the health of the elderly. **Method:** A literature-based study was carried out and a systematic search for scientific articles from 2000 onwards in the databases Scopus (April 2015) and PubMed (September 2015) was performed. Fourteen chosen articles had their quality reviewed and were analysed in order to identify the different findings. **Result:** There was a connection between the experienced age discrimination and the health of the elderly in terms of worse self-rated health and depression symptoms. Age discrimination is a mediating factor in the link between income differences and elderly people's health. Furthermore self-perception of ageing can affect the degree of experienced age discrimination. Most of the studies investigated age-related discrimination in different areas within healthcare services and differed from each other in terms of result and strength. The studies found that elderly people's health can be affected in terms of worse accessibility, availability and quality within healthcare services. The results also showed that the elderly are excluded of medical research by arbitrary upper age limits. The experienced age discrimination was related to education level, household income and gender. **Discussion:** It was shown in the present literature study a relation between the experience age discrimination and the elderly's self-rated health and depression symptoms. Measurement methods for the experienced age discrimination and self-perceived health are problematic since the risk of memory failure, disturbing factors and under- and over-reporting can affect studies' results. Age discrimination of the elderly in accessibility, availability and quality within healthcare services might not directly indicate something on the effect of elderly's health. The fact that most of the results in this literature study are based on cross-sectional studies complicates the findings' generalization. **Conclusion:** The state of knowledge regarding age-related discrimination and its relation to the elderly's health is still insufficient. Further studies with higher probative value are needed on this topic in order to get a clearer picture of age discrimination's connection to the health of the elderly.

Keywords: age discrimination, ageism, exclusion, elder, health

FÖRORD

Examensarbetet är skrivet med koppling till projektet ”Kulturmöten utan gränser” och kommer att finnas med som en sammanfattad version i ett kapitel i en kommande antologi där projektets olika forskningsresultat presenteras. Redaktörer för antologin är Barbro Johansson och Annica Sjölander.

Projektet ”Kulturmöten utan gränser” är ett samarbete mellan Centrum för kultur och hälsa vid Göteborgs universitet, Göteborgs Stad, Koncernavdelning folkhälsa samt Koncernavdelning kultur, Västra Götalandsregionen. Projektets syfte är att belysa äldres delaktighet i kulturlivet med fokus på mångfald och generationsmöten. Ytterligare vill projektet lyfta fram nya arbetssätt och implementeringsprocesser samt sambandet mellan kultur och hälsa. Projektet har pågått från 2014-04-01 till 2016-03-31 med finansiellt stöd av Statens Kulturråd.

Stort tack till alla delaktiga i projektet ”Kulturmöten utan gränser”, ert engagerande intresse och kunskap har vidgat min syn på området kultur och hälsa. Ett speciellt tack till Borghild Håkansson och Ylva Mühlenbock, Kulturförvaltningen, Göteborgs Stad samt min handledare Annica Sjölander, Centrum för kultur och hälsa vid Göteborgs universitet.

Göteborg, juni 2016

Charlotta Liedberg

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	1
2.1 Hälsa och folkhälsa	1
2.2 Äldre.....	2
2.2.1 Hälsa och äldre	2
2.2.2 Strukturella förutsättningar och policys för äldres hälsa	3
2.3 Diskriminering	4
2.3.1 Diskriminering och äldre	5
2.4 Åldersdiskriminering och ålderism	5
2.5 Diskriminering och hälsa	6
2.5.1 Att mäta diskriminering och hälsa.....	7
2.6 Problemformulering	7
3. Syfte.....	8
4. Metod	8
4.1 Studiedesign	8
4.2 Urvalskriterier	8
4.2.1 Inklusionskriterier.....	9
4.2.2 Exklusionskriterier	9
4.3 Datainsamling	9
4.3.1 Val av sökord.....	10
4.4 Kvalitetsgranskning.....	11
4.5 Analysmetod	11
4.6 Etik	12
5. Resultat	12
5.1 Upplevd åldersdiskriminering och äldres hälsa	13
5.1.1 Åldersdiskriminering och självskattad hälsa	13
5.1.2 Åldersdiskriminering och depressiva symtom	14
5.1.3 Åldersdiskriminering som mediator för dåligt självskattad hälsa	15
5.1.4 Självuppfattning om åldrande som mediator för upplevd åldersdiskriminering och depressiva symtom.....	15
5.2 Åldersdiskriminering och äldres hälsa inom hälso- och sjukvården.....	15

5.2.1 Åldersdiskriminering i tillgång och tillgänglighet inom hälso- och sjukvård	16
5.2.2 Åldersdiskriminering i behandling och medicinska beslutsprocesser	18
5.3 Exkludering av äldre i forskning	19
5.4 Upplevd åldersdiskriminering relaterat till andra demografiska faktorer	20
5.4.1 Utbildning	20
5.4.2 Hushållsinkomst	20
5.4.3 Kön	20
6. Diskussion	21
6.1 Metoddiskussion	21
6.1.1 Systematisk litteratursökning	21
6.1.2 Reliabilitet och validitet	22
6.2 Resultatdiskussion.....	22
6.2.1 Åldersdiskrimineringens påverkan på äldres psykiska och fysiska hälsa	23
6.2.2 Åldersdiskriminering inom hälso- och sjukvården.....	25
6.2.3 Exkludering av äldre i medicinsk forskning.....	26
6.2.4 Upplevd åldersdiskriminering och andra demografiska faktorer	27
6.2.5 Mätmetoder för åldersdiskriminering och kopplingen till äldres hälsa.....	27
7. Slutsats	28
8. Referenser	30
Bilaga 1.....	
Bilaga 2.....	

Förkortningar

CI – Confidence interval, (konfidensintervall)
HR – Hazard Ratio, (riskkvot)
OR – Odds ratio, (oddskvot)
SD – Standard deviation, (standardavvikelse)
SE – Standard error (medelfel)
r – Correlation coefficient, (korrelationskoefficient)
b – Beta, (b-koefficient)

Definitioner

Några definitioner som gäller utifrån föreliggande litteraturstudie

Hälsa

Hälsa definieras av WHO som ”a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (World Health Organization, 1948, s. 1).

Äldre

Äldre definieras av WHO som 50 år och äldre (World Health Organization, n.d.).

Diskriminering

Diskriminering definieras som att utsätta någon (individ eller grupp) för orättvis behandling eller särbehandling genom direkta eller indirekta metoder. Diskriminering kan ske på individuell och/eller strukturell nivå (Nationalencyklopedin, 2016a; Nationalencyklopedin, 2016b; Statens folkhälsoinstitut, 2005).

Exkludering

Exkludering definieras som att utestänga och ta bort möjligheter för en grupp (Nationalencyklopedin, 2016c). Exkludering kan vara en grund för diskriminering men även ett resultat av diskriminering (Sahlin & Machado, 2008, s. 176).

Åldersdiskriminering

Åldersdiskriminering definieras som då personer behandlas annorlunda och diskrimineras, direkt och/eller indirekt enbart på grund av personernas ålder (Centre for Policy and Ageing, 2009, s. 11).

Ålderism

Ålderism kan ske medvetet eller omedvetet på mikro-, meso- och/eller makro-nivå. Begreppet ålderism definieras som negativa eller positiva stereotypa uppfattningar, fördomar och/eller diskriminering mot människors kronologiska ålder. Ålderism kan även gälla uppfattningar om människors ålder (Nicolaj Iversen, Larsen, & Solem, 2009, s. 15).

1. Inledning

Andelen äldre i Sverige, Europa och världen blir fler (Statistiska centralbyrån, Demografiska rapporter 2015:2, 2015; Statistiska centralbyrån, 2012). Andelen äldre över 60 år uppskattas vara omkring två miljarder år 2050 (United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015). Den förändrade demografiska transformationen som utvecklas i hela världen kommer att få konsekvenser på individnivå, men även på regional, nationell och internationell nivå. Vilket innebär utmaningar och möjligheter att möta utvecklingen både socialt och ekonomiskt (United Nations, 2002).

Synen på äldre har genom tiderna sett olika ut, beroende på många samhälleliga faktorer, som politiska förhållanden, rådande normer och skönhetsideal. Diskriminering av äldre i samhället är inget nytt för vår tid och de är en diskrimineringsgrund som i många avseenden anses vara accepterad (Andersson L. , 2008). Att åldras innefattar mer än bara biologiska förändringar. Med åldrande sker också en förändring i roller och sociala positioner som kan påverka hälsan. En åldersstereotyp uppfattning är att äldre människor är beroende och därmed en börda för samhället (World Health Organization, 2015b). Världshälsoorganisationen (WHO) lyfter upp vikten av att arbeta mot ett hälsosamt åldrande och bekämpa åldersbaserad diskriminering (World Health Organization, 2015b). Upplevd diskriminering har visat sig ha negativ effekt både på den mentala och fysiska hälsan (Pascoe & Smart Richman, 2009; Statens folkhälsoinstitut, 2005). Även i Sverige finns en debatt om vikten av att börja se äldre som en resurs och att äldres rättigheter tillgodoses både på individuella och strukturella nivåer. Bedömningar av människors kapacitet och behov bör inte grundas på en homogen syn utifrån kronologisk ålder (Westerholm, u.å.; Björklund, Sabuni, Krantz, & Westerholm, 2009).

Att motverka åldersdiskriminering innebär att ge människor lika förutsättningar att uppnå en god hälsa. Begrepp som ålderism och åldersdiskriminering används ofta i debatter om diskriminering mot äldre och diskriminering på grund av ålder. Med den här litteraturstudien vill jag belysa kunskapsläget om ålderism och åldersdiskriminering samt undersöka om diskriminerande handling på grund av ålder påverkar äldres hälsa.

2. Bakgrund

2.1 Hälsa och folkhälsa

Hälsa definieras av WHO som "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (World Health Organization, 1948, s. 1). Genom åren har hälsa som begrepp utvecklats från att ses som ett tillstånd till en resurs och process. Begreppet hälsa präglas idag utifrån en mer humanistisk synvinkel, där hälsa är något mer än bara frånvaro av sjukdom, som tidigare varit det dominerande biomedicinska synsättet. I den humanistiska inriktningen ses hälsa och sjukdom som ett kontinuum och med många olika dimensioner (Medin & Alexanderson, 2009). Efter världshälsokonferensen i Ottawa, Kanada 1986 har hälsa börjat definieras som "... a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities" (World Health Organization, 1986, s. 1). Mot bakgrund av detta präglas folkhälsoarbetet av ett hälsofrämjande och ett sjukdomsförebyggande arbete (Ejlertsson & Andersson, 2009). I det svenska folkhälsoarbetet är det övergripande

folkhälsomålet ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen” (Prop. 2002/03:35, 2002, s. 1)

WHO nämner att ”... the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being...” (World Health Organization, 1948, s. 1). Ovanstående inkluderar rätten till en hälso- och sjukvård med en lämplig kvalitet som bygger på tillgången till en aktuell, prissvård och acceptabel vård (World Health Organization, 2015a). För att möjliggöra alla människors lika rätt till hälsa finns the human right-based approach som har som mål att få hälsopolicies, strategier och olika program att följa vissa principer (World Health Organization, 2015a). Den övergripande rätten till hälsa handlar om principen AAAQ; availability (tillgång), accessibility (tillgänglighet), acceptability (godtagbarhet), quality (kvalitet) inom bland annat sjukvård, varor och tjänster oavsett länders utformning och utveckling av hälsosystem. Diskriminering får inte påverka tillgång eller tillgänglighet till varor, tjänster inom hälso- och sjukvården (World Health Organization, 2015a; Forman & Bomze, 2012).

2.2 Äldre

Synen på äldre samt uppfattningar om åldrande är personliga upplevelser och tolkningar som kan förändras under livet (Jönson, 2002). Föreställningar om äldre är något både västerländska samhällen och andra kulturer har och där äldre i sig kan upprätthålla de rådande normerna. Det är viktigt att förtydliga att det även inom kulturer finns stora variationer i synen på åldrande och äldre, inte minst på grund av det globala samhälle vi lever i med många kulturella, religiösa och språkliga variationer (Jönson, 2002; Heikkilä, 2010). Äldre är inte en homogen grupp och bör följdaktligen inte behandlas så. Fokus på åldersgrupper i forskning behöver trots allt göras, men kan bidra till ytterligare en homogen syn av åldersgrupper och åldrandeprocesser (Kristensson & Jakobsson, 2010; Andersson, Lukkarinen Kvist, Nilsson, & Närvänen, 2011)

Det finns ingen gemensam överenskommelse om när en person definieras som äldre. Definitionen skiljer sig åt i olika delar av världen på grund av hur kronologisk ålder struktureras samt hur ålder konstrueras socialt (Gorman, 1999). Kronologiskt åldrande kan tillsammans med funktionellt åldrande få ytterligare en betydelse för när en person definieras som äldre (Jönson, 2002). Förenta nationerna definierar äldre personer som 60 år och över (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2013). Till skillnad från Förenta nationerna definieras en äldre person av WHO som en person som nått en viss ålder och som vanligen brukar ske vid pensionering (World Health Organization, Centre for Health Development, 2004). På grund av olika demografiska åldersskillnader mellan länder i världen använder WHO åldern 50 år och över för att definiera äldre personer (World Health Organization, n.d.).

2.2.1 Hälsa och äldre

Variationer i äldres hälsa handlar inte bara om genetiska och biologiska åldrandeprocesser utan även om hur äldres fysiska och sociala miljöer ser ut. Det finns stora skillnader i hälsa hos äldre, vilket delvis beror på en ojämlikhet i hälsa som formas under hela livet. Enligt WHO är äldres hälsa bland annat utifrån mild och måttlig funktionsnedsättning inte mycket bättre idag än hos tidigare generationer. Däremot har andelen med svåra funktionsnedsättningar minskat i höginkomstländer (World Health Organization, 2015c).

Äldre i Sverige får allt bättre allmänt hälsotillstånd med fler antal friska år utan beroendeställning av andra. Äldres psykiska hälsa är också bättre än hos de yngre, även om depression, ångslan, oro och sömnbesvär är vanligt hos de äldre (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013). Hos äldre yttrar sig ofta depression, oro och ångest som fysiska besvär, vilket kan skilja sig från yngres symtombild. Detta kan även medföra att depression inte upptäcks eller behandlas i samma utsträckning. Attityder mot äldre kan även ha en inverkan på hur äldre med psykisk sjukdom uppmärksammas, bemöts och tas om hand i hälso- och sjukvården (Sjöström & Ekwall, 2010; Socialstyrelsen, 2008). Den svenska nationella folkhälsoenkäten 2004-2009 visade att god självskattad hälsa minskar med stigande ålder. I åldersgruppen 75-84 år uppger nästan mindre än hälften att de har en god hälsa. Äldre upplever även lägre socialt deltagande än befolkningen i stort (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

2.2.2 Strukturella förutsättningar och policys för äldres hälsa

I *the United Nations Principles for Older Persons* från 1991 uppmanades myndigheter och andra styrande organ att införa principer gällande bland annat delaktighet, vård och självförverkligande för att möjliggöra äldre personers delaktighet och bidragande i pågående aktiviteter i samhället (United Nations, General Assembly, 1991). Ytterligare en internationell policy angående åldrande togs 2002 av Förenta Nationerna (United Nations, 2002). WHO har i ett policyramverk lyft fram tre grundpelare för ett aktivt åldrande; delaktighet, hälsa och säkerhet. De tre grundpelarna grundar sig i sin tur på *the United Nations Principles for Older Persons* och olika determinanter för aktivt åldrande (World Health Organization, 2002). WHO har tillkommit med ytterligare program för att lyfta upp vikten av åldersvänliga miljöer inom flera sektorer i samhället. Genom att bekämpa ålderism samt möjliggöra äldres autonomi kan ett sjukdomsförebyggande och hälsosamt åldrande främjas inom bland annat hälsosektorn (World Health Organization, 2007).

Precis som i övriga världen står även Europa för utmaningar med den allt större andelen äldre. Erfarenheter och rekommendationer från projekt *Healthy ageing a challenge for Europe* visar att äldre människor är värdefulla för samhället, att det aldrig är för sent att främja god hälsa, arbeta för jämlikhet i hälsa som innebär att äldre inte får diskrimineras på grund av sin ålder, äldres rätt till självbestämmande samt att äldre är en heterogen grupp med olika intressen och behov (Berensson, Olofsson, & Räftegård-Färggren, 2010; The Swedish National Institute of Public Health, 2007).

I Sverige har regeringens proposition *En förnyad folkhälsopolitik* (Prop. 2007/08:110, 2007) lyft fram äldre som en viktig grupp att vidta åtgärder för att möjliggöra god hälsa och ett gott liv med hög livskvalitet. Vidare betonas vikten av ett salutogent perspektiv vid hälsofrämjande och förebyggande insatser för att motverka negativa attityder till åldrande och äldre människor (Prop. 2007/08:110, 2007). De första av de elva målområdena för Sveriges nationella folkhälsomål som bygger på hälsans bestämningsfaktorer är att öka individens delaktighet och inflytande. En av bestämningsfaktorerna för detta mål är självupplevd diskriminering (Prop. 2002/03:35, 2002; Folkhälsomyndigheten, 2015a; Folkhälsomyndigheten, 2015b). Det första folkhälsomålet har Folkhälsomyndigheten tagit upp som ett viktigt mål för att främja äldres hälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Sveriges Pensionärsförbund (SPF) menar att äldres hälsa bör uppmärksammas i alla elva målområden (Sveriges Pensionärsförbund, 2012).

Under andra hälften av 1900-talet började beskrivningar av ålderdomen uttryckas som ett medicinskt och ekonomiskt problem för samhället (Jönson, 2002). Eftersom andelen äldre i världen ökar har det uppmärksammats att utgifter för den äldre befolkningen inte är en kostnad utan en investering (World Health Organization, 2015b). I rapporten *Healty ageing – a challenge for Europe* skriver författarna att det finns få studier om kostnadseffektiva folkhälsointerventioner med äldre som målgrupp, men att det finns vissa indikationer på att prevention har lägre kostnader och ger bättre effekter på den äldre befolkningen. Detta på grund av att risken för sjukdom är högre och att motivationen för att delta i hälsofrämjande aktiviteter kan vara högre (The Swedish National Institute of Public Health, 2007).

2.3 Diskriminering

Enligt den svenska diskrimineringslagen (SFS 2008:567, 2008) är det förbjudet att diskriminera, missgynna och behandla någon annorlunda på grund av kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, sexuell läggning etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning eller ålder. Diskriminering avses i lagen både som direkt och indirekt diskriminering, bristande tillgänglighet vid funktionsnedsättning, trakasserier och anvisningar om att diskriminera (SFS 2008:567, 2008).

I Nationalencyklopedin beskrivs diskriminering som särbehandling av individer eller grupper (Nationalencyklopedin, 2016b). Att diskriminera är att utsätta någon för en orättvis behandling genom direkta eller indirekta metoder, särskilt när det kommer till mänskliga och samhälleliga rättigheter (Nationalencyklopedin, 2016a). Innebörden av begreppet diskriminering skiljer sig internationellt mellan olika kulturer och samhällen. Även individuella uppfattningar om vad en diskriminerande handling är skiljer sig (Statens folkhälsoinstitut, 2005).

Diskriminering kan ske av många olika aktörer och arenor i samhället samt uttryckas på olika sätt. Vidare kan diskriminering vara öppen eller dold och laglig eller olaglig (Statens folkhälsoinstitut, 2005, ss. 16-17; Krieger, *Discrimination and health*, 2000). Förutom att diskriminering kan ske interpersonellt, brukar skillnader även göras mellan individuell och strukturell (institutionell) diskriminering. De första handlar om när ett beteende kränker individens integritet och/eller särbehandlar utan sakliga grunder. Strukturell diskriminering kan vara både vara dold och synlig, samt ske oavsiktligt eller avsiktligt. Institutioner och olika samhällsstrukturer kan hindra grupper att nå lika möjligheter och rättigheter, genom institutioners vedertagna förhållningsätt och beteenden som grundar sig på normer, rutiner och regler (Statens folkhälsoinstitut, 2005, ss. 16-17; Nationalencyklopedin, 2016b).

Ett ord som är relaterat till begreppet diskriminering är exkludering (Sahlin & Machado, 2008). Begreppet exkludering innebär att utesluta och ta bort (från) en viss grupp (Nationalencyklopedin, 2016c). Exkludering är inte identiskt med diskriminering men kan vara en grund för att diskriminering sker. Exkludering kan också vara ett resultat av diskriminering, men inte nödvändigtvis (Sahlin & Machado, 2008, s. 176). Lange som är verksam inom fältet pedagogik och psykologi, uttrycker i *Särbehandlad och kränkt* (2005) att diskriminering är en negativ differentiell och exkluderande behandling som är illegitim och/eller orättvis.

2.3.1 Diskriminering och äldre

I en undersökning från 2007 gjordes en uppskattning om hur diskriminering och ojämlikhet i 25 medlemsländer i Europeiska Unionen samt två anslutande länder såg ut. Undersökningen beskriver att medborgare i Europeiska Unionen upplever att det är en nackdel att vara äldre samt att skolor och universitet ansågs ha den viktigaste rollen i att bekämpa diskriminering (European Commission, 2007). Mellan 2008 och 2009 sågs en ökning av diskriminering på grund av ålder hos Europeiska medborgare och ålder är den vanligaste orsaken för självrapporterad diskriminering (European Commission, 2009).

Det har visat sig att äldre människors mänskliga rättigheter inte tar tillräcklig hänsyn till äldre människor i lagar och policys i olika områden i världen. Ytterligare har diskriminering av äldre en inverkan på tillgången till lokala rättsliga prövningar samt nationella lagstiftningar (Martin, Rodríguez-Pinzón, & Brown, 2015). Mänskliga rättigheter för äldre är en växande utmaning då det finns en brist på internationella rättigheter, insatser och fokus i människorättsfrågor för äldre personer (Mégret, 2011).

Det tyder på att det finns diskriminering mot gruppen äldre på många olika områden (media, politik, vård och hälsa) i Sverige, något som bland annat tas upp i rapporten *Den bortglömda diskrimineringen* (Landsrådet för Sveriges Ungdomsorganisationer, Pensionärernas Riksorganisation, Sveriges Pensionärsförbund, Seniorskraft, 2009) och i Andersson (2008). I en rapport från kommissionen för jämlik vård, nämns hur äldre diskrimineras inom hälso- och sjukvården, genom att till exempel inte få rätt behandling eller nekas behandling på grund av ålder (Kommissionen för jämlik vård, 2016). Sammanställningar från Socialstyrelsen (2011) har visat att det finns stora regionala skillnader i vård till äldre i Sverige. Äldres vård vid psykisk ohälsa skiljer sig från yngres vård, bland annat får äldre mindre kognitiv beteendeterapi (KBT) och mer psykofarmaka. Dessutom riskerar många äldre att varken få en diagnos eller behandling för psykiska besvär. Tillgången till säker och bra vård brister på grund av att det saknas kunskap och effektiva metoder om gruppen äldre (Socialstyrelsen, 2011).

2.4 Åldersdiskriminering och ålderism

Robert Butler, psykiater och gerontolog var den som först introducerade begreppet ageism 1969 (sv. ålderism). Definitionen av ålderism och åldersdiskriminering beskrevs då som "prejudice by one age group toward other age groups" (Butler, 1969, s. 243). Butler utvidgade senare begreppet till att innefatta fördomsfulla attityder, diskriminerande praxis och vedertagna vanor (Butler 1980, refererad i Andersson, 2008). Butlers definitioner har blivit klassiska definitioner av ålderism, men många fler definitioner har presenterats sedan dess.

Ageism fick en svensk översättning 1997 (Andersson L., 2008). Lars Andersson, professor i gerontologi presenterar olika definitioner av begreppet ålderism och ger en komplex bild av ålderismens existens i samhället med fokus på äldre (2008). Begreppet ålderism kan även handla om diskriminering och stereotypa uppfattningar mot andra åldersgrupper. Själv föreslår Andersson (2008) att ålderism definieras som "fördomar eller stereotypa föreställningar som utgår från en människas ålder och som kan leda till diskriminering" (Andersson L., 2008, s. 12). I en litteraturstudie (Nicolaj Iversen, Larsen, & Solem, 2009) introduceras en bredare, tydligare och ny definition av begreppet ålderism,

Ageism is defined as negative or positive stereotypes, prejudice and/or discrimination against (or to the advantage of) elderly people on the basis of their chronological age or on the basis of a perception of them as being 'old' or 'elderly'. Ageism can be implicit or explicit and can be expressed on a micro-, meso- or macro-level (Nicolaj Iversen et al. 2009, s. 15).

Citatet ovan tydliggör att diskriminering kan ske och uttryckas på mikro-, meso- och/eller makro-nivå, samt att det kan ske medvetet eller omedvetet. På mikronivå finns stereotyper (kognition), fördomar (affektion) och diskriminering (beteende) (Nicolaj Iversen, Larsen, & Solem, 2009). I en litteraturgenomgång från Storbritannien om ålderism och åldersdiskriminering i den sekundära sjukvården kan följande sammanfattning och distinktion kring definitionerna ålderism och åldersdiskriminering ses,

Ageism is an attitude of mind that gives rise to age discrimination, a set of actions that may advantage (positive discrimination) or disadvantage (negative discrimination) an older person. Age discrimination may be direct when an older person is treated differently solely because on their age, or indirect when an older person is disproportionately disadvantaged by a policy or set of actions equally and universally applied (Centre for Policy and Ageing, 2009, s. 11)

Begreppet ageism infördes tidigt i engelska och amerikanska ordlistor. I Sverige har begreppet ålderism inte fått samma genomslag, begreppet finns till exempel inte i Svenska Akademiens ordlista (Heikkinen & Krekula, 2008). Däremot finns begreppet åldersdiskriminering och åldersrasism¹ i den senaste upplagan från 2006 (Svenska Akademiens ordlista (SAOL), 2006). Även om begreppet ålderism inte fått genomslag i svenska språket så nämns begreppet i både statliga offentliga utredningar, rapporter och böcker på området. Begreppet ålderism och åldersdiskriminering används både som synonymer och som åtskilda begrepp. Åldersdiskriminering tenderar dock att enbart handla om diskriminerande beteende och inte om bakomliggande fördomar, maktstrukturer, attityder och föreställningar (Heikkinen & Krekula, 2008).

2.5 Diskriminering och hälsa

Folkhälsomyndigheten nämner att det inte finns tillräckligt med forskning kring diskriminering och dess hälsoeffekter samt hur relationen mellan faktisk diskriminering och upplevd diskriminering ser ut (Folkhälsomyndigheten, 2013). Dock har det visat sig att diskriminering inom vården i Sverige är vanligt och att det sker genom både bemötande och behandling (Socialstyrelsen, 2011). Eftersom diskriminering kan dölja sig bakom regler, normer och rutiner som ses som vanliga är det viktigt att synliggöra det dolda och osynliga. Detta för att motverka att diskriminering sker samt att nya former av diskriminering skapas och får inverkan på individers och grupper hälsa (Ahlberg & Krantz, 2006).

Wamala och Bildt båda doktorer i medicin redovisar en modell med fem möjliga mekanismer för sambandet mellan etnisk diskriminering och hälsa (Wamala & Bildt, 2006). För det första kan diskriminering påverka delaktighet och inflytande i samhället, för det andra orsaka skillnader i levnadsförhållanden och möjligheter i livet. Diskriminering kan för det tredje resultera i olikheter i bemötande och tillgång till hälsofrämjande resurser samt behandling, kvantitet och kvalitet i hälsovård. För det fjärde kan diskriminering ge upphov till stress som kan få konsekvenser på den psykiska och fysiska hälsan. Slutligen kan beteendemönster och

¹ Åldersrasism benämns i Nationalencyklopedin som ”diskriminerings av människor på grund av (hög) ålder” (Nationalencyklopedin, 2016d)

livsstilsfaktorer även påverkas av diskriminering och få negativa hälsokonsekvenser (Wamala & Bildt, 2006).

Resultatet från en metaanalys om upplevd diskriminering och hälsa visade att det fanns signifikanta negativa effekter på den fysiska och psykiska hälsan av upplevd diskriminering. Vidare fann författarna att upplevd diskriminering ger ökad stress och påverkar hälsobeteenden (Pascoe & Smart Richman, 2009). Liknande samband mellan diskriminering och hälsa kan ses i rapporten *Särbehandlad och kränkt – en rapport om samband mellan diskriminering och hälsa* från Statens folkhälsoinstitut (2005). Rapporten bygger på resultaten från sammanställningar av publicerade artiklar, externa expertutlåtanden samt resultat från den nationella folkhälsoenkäten 2004 och 2005. När rapporten skrevs identifierades kunskapsluckor gällande åldersdiskriminering och dess effekt på hälsan (Statens folkhälsoinstitut, 2005).

En kartläggning av vetenskapliga artiklar mellan åren 1984-1998, fann inga studier om åldersdiskriminering och hälsa (Krieger, Discrimination and health, 2000). I en sammanställning från Statens folkhälsoinstitut (2005) av vetenskapliga artiklar kring bland annat diskriminering och hälsa, framkom bara en avhandling som undersökt ålder, diskriminering och hälsa, då tillsammans med könsroller och sexism hos äldre kvinnor. Vidare fann studien att upplevd åldersdiskriminering hade ett samband med äldre människors sämre självuppskattade välmående (Liljeberg, 2005). Denna litteraturöversikt om hur hälsan påverkas av delaktighet och inflytande i samhället bygger på publicerade vetenskapliga artiklar mellan januari 1998 och augusti 2004 från bland annat fyra internationella databaser (Liljeberg, 2005).

2.5.1 Att mäta diskriminering och hälsa

Krieger (2000) nämner tre olika sätt att mäta diskriminering och dess effekt på hälsan. För det första kan indirekta mätningar på diskrimineringens effekter på hälsan göras på individnivå. Ett exempel kan vara att undersöka riskfaktorer som socioekonomisk status och göra jämförelser mellan två grupper. För det andra kan direkta mätningar göras av självupplevd/självrapporterad diskriminering och dess effekt på individers hälsa. För det tredje kan diskrimineringens effekt på hälsan undersökas utifrån ett befolkningsnivå perspektiv (institutionellt), vilket innebär att undersöka diskriminering hos vissa grupper och jämföra hälsan med hälsoutfall i befolkningen (Krieger, Discrimination and health, 2000).

2.6 Problemformulering

Andelen äldre i världen utgör en stor del av befolkningen (United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015). Internationella och nationella riktlinjer och policys förtydligar vikten av att motverka ålderism och åldersdiskriminering samt möjliggöra ett hälsosamt åldrande. Äldre bör ses som en resurs för samhället, alla aktörer i samhället bör bekämpa diskriminering på grund av ålder och möjliggöra äldres rätt till livskvalitet och hälsa (World Health Organization, 2002; The Swedish National Institute of Public Health, 2007; Statens folkhälsoinstitut, 2008). Diskriminering på grund av olika diskrimineringsgrunder är ett problem för folkhälsan då det kan påverka individer både fysiskt, psykiskt och socialt (Statens folkhälsoinstitut, 2006; Pascoe & Smart Richman, 2009). Upplevd diskriminering kan påverka möjligheten till delaktighet och inflytande i samhället vilket är en grundförutsättning för folkhälsan (Folkhälsomyndigheten, 2015a; Liljeberg,

2005). Diskriminering på grund av ålder kan ske direkt eller indirekt på olika nivåer i samhället samt kan ske på strukturell och/eller individuell nivå (Statens folkhälsoinstitut, 2005) Sammanställningar av forskning kring åldersdiskrimineringens påverkan på äldres hälsa har varit bristfällig. Det är omkring tio år sedan sammanställningar av forskningen på området åldersdiskriminering och hälsa gjordes (Krieger, Discrimination and health, 2000; Liljeberg, 2005). Med bakgrund av ovanstående kommer en systematisk litteraturbaserad studie göras för att belysa kunskapsläget kring ålderism/åldersdiskriminering och kopplingen till äldres hälsa.

3. Syfte

Det övergripande syftet med denna litteraturstudie är att belysa kunskapsläget som finns på området diskriminering på grund av ålder och kopplingen till äldres hälsa.

För att besvara det övergripande syftet har följande frågeställningar formulerats:

- På vilket sätt kan åldersdiskriminering/ålderism påverka äldres hälsa?
- Vilka andra demografiska faktorer kan vara relaterat till åldersdiskriminering?
- Hur har forskare mätt åldersdiskriminering och hälsa?

4. Metod

4.1 Studiedesign

För att besvara syftet valdes en litteraturbaserad studiemetod. Då ålderism och åldersdiskriminering är ett brett område och det finns sparsamt med vetenskapliga studier kommer den här studien fokusera på åldersdiskriminering och äldres hälsa i stort. Därför valdes inte specifika hälsotillstånd eller sjukdomstillstånd. En litteraturbaserad studie ansågs lämplig för att undersöka hur vetenskapliga forskningsartiklar studerat diskriminering av äldre där ett diskriminerande beteende, men även exkludering, kan förekomma. Förhoppningen med denna litteraturstudie är att belysa det studerade området genom att undersöka likheter och skillnader. Processen för en litteraturbaserad studie baseras på en systematisk sökning av forskningsartiklar inom det avgränsade området som utgörs av syfte, frågeställning, samt inklusions- och exklusionskriterier. Därefter kvalitetsgranskas och analyseras de valda artiklarna (Friberg, 2012).

4.2 Urvalskriterier

Urvalskriterierna i denna litteraturstudie är relaterade till syftet och artiklarna ska övergripande handla om diskriminering på grund av ålder, diskriminering som handling/beteende eller exkludering av äldre samt undersöka direkt/indirekt hälsoutfall. Ingen begränsning till något land gjordes då vetenskapliga studier på området är begränsat. Utifrån inläsning på området, min egen problemformulering och syfte hittades sökord som beskriver ämnet och låg till grund för sökstrategin i databaserna. Nedan redogörs för ett antal inklusions- och exklusionskriterier som formulerats för att finna relevanta artiklar som besvarar mitt syfte samt för att begränsa och precisera valet av artiklar. Alla

inklusionskriterier skulle uppfyllas för att artikeln skulle inkluderas i granskningen och i den senare analysen.

4.2.1 Inklusionskriterier

Artiklar som innehöll följande kriterier inkluderades

- Peer-reviewed artiklar som publicerats i vetenskapliga tidskrifter
- Studier från hela världen
- Publicerade på engelska
- Kvantitativa studier
- Artiklar publicerade från år 2000 och framåt
- Artiklar som har en uppbyggnad enligt IMRAD (Introduction, Method, Research And Discussion)
- Studier som undersökt äldre människor över 50 år
- Studier som undersökt diskriminering på grund av ålder ("ageism", "age discrimination" or "exklusion") och äldres hälsa (direkt eller indirekt påverkan på hälsan)

4.2.2 Exklusionskriterier

Artiklar som innehöll följande kriterier exkluderades

- Studier som undersökt åldersdiskriminering på arbetsmarknaden
- Studier som enbart studerat attityder mot äldre samt attityder bland äldre
- Studier som huvudsakligen fokuserat på andra diskrimineringsgrunder som sexuell läggning, sexism, rasism, religiös tillhörighet, etniska minoritetsgrupper samt genus
- Review artiklar och meta-analyser
- Artiklar som inte är tillgängliga i fulltext och gratis via Göteborgs universitetsbibliotek

4.3 Datainsamling

Datainsamling gjordes i två databaser, Scopus och PubMed. Litteratursökningen i Scopus gjordes under april 2015 och sökningen i PubMed gjordes under september 2015. Scopus och PubMed är båda databaser som tillhandahåller vetenskaplig litteratur på området medicin och hälsa. De två databaserna i den systematiska sökningen ansågs relevanta då de täcker in ett brett område inom den medicinska forskningen. En inledande sökningen gjordes i databasen CINAHL, som främst tillhandahåller litteratur inom området omvårdnad samt besläktad litteratur inom hälsoområdet. Ytterligare gjordes en inledande sökning i PsycInfo. Jag bedömde att dessa databaser inte var relevanta, då sökningarna mest gav litteratur kopplade till bland annat attityder.

Begränsningar som valdes i den systematiska sökningen var engelska språket och dokumenttyp artikel (peer-review). Dokumenttyp artikel (peer-review) valdes dock inte som begränsning i litteratursökningen i databasen PubMed. Sökningarna i de två databaserna sorterades efter relevans. Utifrån inklusions- och exklusionskriterierna valdes artiklarna genom att först titta på artiklarnas titlar för att skapa en uppfattning om artiklarna. I de artiklar som verkade vara relevanta för att besvara mitt syfte, lästes artiklarnas abstrakt. Artiklarna hämtades för vidare läsning när abstrakt inte fanns eller om abstraktet inte räckte för att göra

en bra bedömning. Dubbletter av artiklarna förekom och det förklarar färre valda artiklar från sökningen i PubMed. Den systematiska litteratursökningen presenteras i tabell 1 efter en redogörelse av valda sökord. I tabellen över den systematiska litteratursökningen presenteras när sökningen gjordes, databas, sökkombinationer som använts, hur många funna artiklar samt hur många valda artiklar (Tabell 1).

4.3.1 Val av sökord

För att kontrollera de relevanta sökord som framkommit genom den inledande litteratursökningen gjordes sökningar i ämnesordlistor (thesaurus) på databaserna. En sökning av ordet "ageism" gjordes i databasen Svensk MeSH som innehåller MeSH-termer (Medical Subject Headings) som skapas för indexering av artiklar i PubMed. Ordet "ageism" gav MeSH-terminen åldersdiskriminering på svenska och den synonyma termen till "ageism" var "age discrimination". "Ageism" beskrevs vidare som "Biased behaviors or attitudes, differential treatment, unequal access to social participation or opportunities based on age" (Karolinska Institutet, 2015). Ordet "ageism" introducerats 2013 i PubMed och den tidigare indexeringen var "prejudice" (1995-2012) (National Center for Biotechnology Information, NCBI, 2015). På grund av detta valdes ordet "prejudice" i en sökkombination, för att vara säker på att inga relevanta artiklar missades. Ytterligare en sökning på ordet "ageism" gjordes på webbsidan Thesaurus (<http://www.thesaurus.com/browse/ageism?s=ts>) den 15 mars 2015 och resulterade i två synonymer; "age bias" och "generation gap". Dessa ord valde jag inte att inkludera som sökord eftersom jag ansåg att det fanns en risk att de blev för breda och att de inte var relevanta för mitt syfte.

Sökorden som användes i den systematiska sökningen valdes då jag ansåg att de var relevanta för att besvara mitt syfte. Jag valde att förhålla mig till WHO:s definition av äldre, personer 50 år eller äldre. Detta på grund av att studier från olika länder kan definiera gruppen äldre olika, samt att jag inte ville riskera att missa relevanta studier. Orden "elder", "old" och "senior" valdes då det är vanliga ord för benämningen av äldre. Vidare valdes orden "ageism" och dess synonym "age discrimination", tillsammans med ordet "discrimination" och "exclude". Betydelsen för exkludering kan innebära att undanta, utelämna eller utesluta någon/något och ansågs vara av vikt för min studie och ordets koppling till diskriminering. Ordet "prejudice" togs med som sökord på grund av att det användes i PubMed innan 2013. Eftersom forskningsområdet är relativt nytt är det nödvändigt att välja en bred ansats på hälsoutfall, därför användes begreppet "health" för att få en bred sökning på området.

Tabell 1: Systematisk litteratursökning

Databas	Datum	Sökord	Begränsningar	Antal funna artiklar	Antal valda artiklar
Scopus	2015-04-08	"ageism" AND "discriminat*" AND ("elder*" OR "old*" OR "senior") AND "health"	Språk: Engelska Dokumenttyp: Artikel	56	5
Scopus	2015-04-08	"age discriminat*" AND ("elder*" OR "old*" OR "senior") AND "health"	Språk: Engelska Dokumenttyp: Artikel	44	2

Databas	Datum	Sökord	Begränsningar	Antal funna artiklar	Antal valda artiklar
Scopus	2015-04-09	("ageism" OR "age discriminat*" OR "prejudice") AND "exclu*" AND ("elder*" OR "old*" OR "senior") AND "health"	Språk: Engelska Dokumenttyp: Artikel	45	4 ²
PubMed	2015-09-04	Ageism AND discriminat* (elder* OR old* OR senior) AND health	Språk: Engelska	27	2
PubMed	2015-09-04	age discriminat* AND (elder* OR old* OR senior) AND health	Språk: Engelska	49	2
PubMed	2015-09-04	(ageism OR age discriminat* OR prejudice) AND exclu* AND (elder* OR old* OR senior) AND health	Språk: Engelska	53	0

4.4 Kvalitetsgranskning

En kvalitetsgranskning av de 15 valda artiklarna genomfördes med hjälp av en granskningsmall för kvantitativa studier som sammanställts med frågor hämtade från två olika källor (Friberg, 2012; Forsberg & Wengström, 2013), se Bilaga 1. Samtliga artiklar lästes igenom, granskades och bedömdes utifrån granskningsmallen. En studie skriven av Reuber, Torane, & Mack (2010) är en "brief communication" artikel, vilket enligt den publicerade tidskriften är en kort artikel, som är peer-reviewed (International League Against Epilepsy, 2013). Vidare är artikeln tillförlitligt uppbyggd, granskad och publicerad. Efter kvalitetsgranskningen togs en artikel "ageism in clinical research" bort på grund av allt för bristfällig redogörelse av både metod och resultat. Det framkom att artikeln var en "research correspondance", vilket betyder att artikeln inte hade uppfyllt inklusionskriteriet och alltså inte skulle ha valts från början. De valda artiklarna graderades sedan till hög, medel eller låg kvalitet, beroende på hur väl de uppfyllt kvalitetsgranskningen. Till hjälp formulerades riktlinjer för hög, medel och låg kvalitet för att tillsammans med granskningsmallen göra en slutgiltig bedömning av artiklarnas kvalitet (Bilaga 1). Nio artiklar graderades till hög kvalitet, fem artiklar till medel kvalitet och ingen artikel graderades till låg kvalitet.

4.5 Analysmetod

I enlighet med Friberg (2012) lästes alla 14 valda artiklarna efter kvalitetsgranskningen igenom för att förstå innehåll och sammanhang samt utifrån det skapa en helhetsbild av artiklarna. Efter kvalitetsgranskningen sammanställdes även en sammanfattningstabell av alla

² En artikel valdes bort efter granskning, visade sig vara en "research correspondence"

artiklarnas syfte, metod och resultat som stöd för analysprocessen (Bilaga 2). Utifrån studiens syfte identifierades likheter och skillnader i artiklarnas resultat, men även skillnader och likheter i artiklarnas syfte och metod identifierades. Först identifierades artiklarna utifrån om det kommit fram till att åldersdiskriminering förekom eller inte, samt om det hade någon påverkan på äldres hälsa. Därefter identifierades mönster i resultaten som bildade olika teman, relaterade till syftet och frågeställningarna. Fyra övergripande teman sammanställdes: Upplevd åldersdiskriminering och äldres hälsa, åldersdiskriminering och äldres hälsa inom hälso- och sjukvården, exkludering av äldre i forskning samt upplevd åldersdiskriminering relaterat till andra demografiska faktorer. Vidare identifierades olika underkategorier som löpande redogörs för under varje övergripande tema.

4.6 Etik

Etiska aspekter på forskning brukar benämnas forskningsetik, vilket innefattar både konsekvenserna av forskningen utanför forskarsamhället (externa aspekter) och själva forskningsverksamhetens tillvägagångssätt inom forskningsområdet (intern aspekter) (Helgesson, 2006). Forskningsetiska aspekter finns också under hela forskningsprocessen där olika etiska aspekter behandlas både före, under och efter forskningen. Det kan också finnas olika intressentperspektiv i forskningen och som bör iakttas i den forskningsetiska analysen. Bra forskning brukar nämnas som nyttig forskning där frågeställningar som; för vem och ur vilket perspektiv forskningen är nyttig? Ytterligare bör forskningen vara etisk och bygga på vetenskaplig noggrannhet (Helgesson, 2006). Genom Helsingforsdeklarationen har den medicinska forskningsetiken fått sin grund, där vikten av en oberoende instans granskning (forskningsetiska kommittéer) och där respekt och skydd av individen är central (Helgesson, 2006).

I denna litteraturstudie har jag tagit Vetenskapsrådets rapport om God forskningssed i beaktning (Vetenskapsrådet, 2002). Huvudsakligen handlar god forskningssed om att informera alla berörda om forskningen (informationskravet), att deltagare själva har rätt att bestämma över sitt deltagande (samtyckeskravet), att alla uppgifter om deltagare är strikt skyddade och där forskare har tystnadsplikt (konfidentialitetskravet), samt att forskningsuppgifter enbart får användas för forskningen (nyttjandekravet) (Vetenskapsrådet, 2002). De valda artiklarna bör ha beaktat etiska aspekter och krav genom hela forskningsprocessen. Som författare har jag utifrån kvalitetsbedömningen försökt göra en bedömning av studiernas kvalitet och tillförlitlighet samt så tydligt som möjligt redogjort för litteraturstudiens olika delar. Av de valda och granskade artiklarna har de publicerade tidsskrifterna alla haft en redogörelse för att de följer etiska riktlinjer, där en utgångspunkt i Helsingforsdeklarationen kan ses. Merparten av tidsskrifterna är medlemmar i the Committee On Publication Ethics (COPE) och förhåller sig till deras riktlinjer. Sju artiklar hade någon etisk redogörelse i artikeln, med varierande omfattning och tydlighet.

5. Resultat

Resultatet grundar sig på de 14 valda och granskade artiklarna. Åtta artiklar var från Storbritannien och merparten av dessa var tvärsnittsstudier. Studierna skiljer sig gällande hur de tittat på åldersdiskriminering, vanligt är att jämföra två grupper yngre/äldre med varandra och se skillnad i utfall. Några av studierna har använt sig av mätmetoder utformade för att

undersöka åldersdiskriminering. De 14 artiklarna har gemensamt att de på något sätt har en utgångspunkt att undersöka om åldersdiskriminering eller exkludering av äldre sker samt om och hur det kan påverka äldres hälsa. I resultatdelen presenteras konsekvent ordet åldersdiskriminering för att redovisningen av resultatet ska bli så enhetlig och tydlig som möjligt.

5.1 Upplevd åldersdiskriminering och äldres hälsa

Av de fjorton valda artiklarna som resultatet bygger på var det fyra artiklar som kom fram till att upplevd åldersdiskriminering hade en påverkan på äldres hälsa. Tre tvärsnittsstudier fann ett samband mellan åldersdiskriminering och dåligt självskattad hälsa. Ytterligare två artiklar, en tvärsnittsstudie och en kohortstudie, fann ett samband mellan åldersdiskriminering och depressiva symtom hos äldre.

5.1.1 Åldersdiskriminering och självskattad hälsa

Tre tvärsnittsstudier har undersökt åldersdiskriminering och äldre personers självskattade hälsa. Van den Heuvel och van Santvoort (2011) undersökte totalt 14 364 äldre personer 62 år och äldre (genomsnittlig ålder 72 år, SD 7,1). Data togs från European Social Survey (ESS) som baserats på ett slumpmässigt sannolikhetsurval från 28 Europeiska länder. Analysen baserades på 13 848 äldre personer och visade efter stegvis linjär regressionsanalys att äldre som upplevde bra subjektiv hälsa tillsammans med tillfredsställelse med livet rapporterade mindre åldersdiskriminering. Den subjektiva hälsan mättes utifrån frågan ”how do you rate your health?” och tillfredsställelse med livet mättes genom frågan ”how satisfied are you with life as a whole?” Totalt var det 11 % äldre som upplevt frekvent åldersdiskriminering under det senaste året och 52 % som upplevde att de aldrig blivit diskriminerade på grund av ålder det senaste året. Genom att mäta frekvensen av tre frågor/indikatorer för åldersdiskriminering gällande respektlöshet och dålig behandling på grund av ålder och sedan dela in dessa i fyra kategorier (aldrig, nästan aldrig, ibland, frekvent), uppskattades upplevd åldersdiskriminering. De tre indikatorerna var signifikant korrelerade och Principal Komponent Analys (PCA) visade att den förklarade variansen var 79 % (Cronbach´s alpha 0,87). De ostandardiserade koefficienterna av de oberoende variablerna; subjektiv hälsa ($\beta = 0,143$, SE= 0,011), tillfredsställelse med livet ($\beta = -0,074$, SE= 0,004), tillit ($\beta = -0,093$, SE= 0,010), och allvaret med åldersdiskriminering ($\beta = -0,081$, SE= 0,007), visar efter linjär regression att de är relaterade faktorer till upplevd åldersdiskriminering. De nämnda oberoende variablerna var alla signifikanta och den totalt förklarade variansen 13 %. Chun et al. (2015) fann efter multivariat analys och justering för demografiska och socioekonomiska faktorer att de som erfarit åldersdiskriminering hade 1,23 gånger mer sannolikhet att rapportera dålig självskattad hälsa (Poor SRH) (OR=1,23, 95 % CI=0,97–1,02).

De undersökta Europeiska länderna i studien av Vauclair et al. (2014) fann en korrelation mellan upplevd åldersdiskriminering och den genomsnittliga dåliga självskattade hälsa hos äldre personer över 70 år ($r=0,74$, $p<0,01$). Vauclair et al. (2014) mätte den självskattade hälsan genom frågan ”hur är din hälsa generellt?” och där hälsa definierades som både mental och fysisk hälsa. De två Europeiska studierna fann stora skillnader i upplevd åldersdiskriminering mellan länderna i Europa. Sverige hade de lägsta rapporterade nivåerna av åldersdiskriminering (Vauclair, o.a., 2014; van den Heuvel & van Santvoort, 2011). Äldre personer från de nordiska och västra europeiska länderna rapporterade mindre åldersdiskriminering och mindre dålig självskattad hälsa i jämförelse med länder i östra

Europa som visade på högre proportion av rapporterad åldersdiskriminering och dåligt självskattad hälsa (Vauclair et al. 2014).

5.1.2 Åldersdiskriminering och depressiva symtom

I tvärsnittsstudien från Chun et al. (2015) och i en studie med data från en longitudinell kohort studie (Han & Richardson, 2015), undersöktes åldersdiskriminering genom att använda sig av självskattningar av upplevd och erfaren åldersdiskriminering. Chun et al. (2015) använde sig av det självrapporterande instrumentet the Experience of Discrimination (EOD), som modifierats för att reflektera kulturella egenskaper hos äldre sydkoreaner. Han och Richardson (2015) mätte både upplevd diskriminering i fem olika diskriminerande händelser i det dagliga livet, samt orsaken till diskrimineringen, där diskriminering som attribuerats till ålder definierades som åldersdiskriminering. Vidare skilde sig studierna i mätmetoden av depressiva symtom. Chun et al. (2015) definierade depressiva symtom som ”känner sig kontinuerligt ledsen eller deprimerad under de senaste 2 veckorna”, medan Han och Richardson (2015) använde sig av the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. Av de 992 äldre koreaner (60-89 år, medelvärde för ålder 69,3 år) som Chun et al. (2015) undersökt utifrån intervjuer, var det 23,5 % som hade erfarenhet av någon typ av diskriminering. Av de som hade erfarenhet av diskriminering var det 5,4 % som hade erfarenhet av diskriminering på grund av ålder. Hälften av de som hade erfarenhet av åldersdiskriminering nämnde hinder till sysselsättning och arbetsmöjligheter som orsak. Efter multivariat analys och justering för demografiska och socioekonomiska faktorer, hade de som erfarit åldersdiskriminering 2,12 gånger större sannolikhet att rapportera depressiva symtom ($OR=2,12$, 95 % $CI=1,05-4,27$). Åldersdiskriminering hade ingen märkbar association med diagnostiserade kroniska sjukdomar ($OR=0,96$, 95 % $CI=0,53-1,75$). De kroniska sjukdomar som ingick var; hypertoni, diabetes, cancer, kronisk obstruktiv lungsjukdom, leversjukdom, hjärtsjukdom, cerebrovaskulär olycka/stroke, mental sjukdom och artrit (Chun et al. 2015).

Han och Richardson (2015) hämtade data från the Health and Retirement Study (HRS). Studien undersökte 3921 äldre respondenter (50-96 år) och relationen mellan förändringar i upplevd diskriminering, åldersdiskriminering och förändringar i depressiva symtom. Bland respondenterna som angav att de upplevt diskriminering på grund av ålder och annan diskrimineringsgrund (20,7 %) var det också fler äldre som visade på depressiva symtom och negativ självuppfattning av åldrande. Respondenterna kunde välja mellan ytterligare tre grupper; ingen upplevd diskriminering, upplevd åldersdiskriminering enbart på grund av ålder (10,4 %) samt upplevd diskriminering på grund av andra diskrimineringsgrunder. Han och Richardson (2015) analyserar upplevd åldersdiskriminering genom en sammanslagning av upplevd diskriminering på grund av ålder och andra diskrimineringsgrunder plus upplevd diskriminering enbart på grund av ålder. Longitudinell regressionsanalys gjordes för att ta reda på den longitudinella relationen mellan upplevd åldersdiskriminering och depressiva symtom samt självuppfattning om åldrande över tid, 2008 till 2012. Författarna fann att upplevd åldersdiskriminering efter fyra år, var signifikant relaterat till depressiva symtom ($\beta=0,21$; $p < 0,05$) samt negativ självuppfattning om åldrande ($\beta=0,16$; $p < 0,01$). Justering gjordes för tidigare depressiva symtom, tidigare negativ självuppfattning om åldrande, fysisk funktion, kön, ”ras”/etnicitet, ålder, utbildning, anställningsstatus, civilstånd. En kompletterande analys gjordes av de olika diskrimineringsgrupperna som studerats. Författarna nämner att gruppen som upplevt diskriminering enbart på grund av ålder, inte visade någon signifikant påverkan på depressiva symtom eller självuppfattning om åldrande.

5.1.3 Åldersdiskriminering som mediator för dåligt självskattad hälsa

Vauclair et al. (2014) undersökte 7819 personer i åldern 70 år eller äldre (medelålder=76,86; SD=5,41). I likhet med Van den Heuvel och van Santvoort (2011) hämtade Vauclair et al. (2014) data från European Social Survey (ESS). Syftet med studien var att undersöka om åldersdiskriminering och socialt kapital (både enskilt och tillsammans) medierar sambandet som finns mellan inkomstskillnader (mätt genom GINI koefficient) och äldres självskattade hälsa, i den Europeiska regionen. Inkomstskillnader medierar dålig självskattad hälsa hos äldre personer ($r=0,40$, $p<0,05$). Studien definierade hälsa som både psykisk och fysisk hälsa, där äldres självskattade hälsa mättes genom frågan "hur är din hälsa i allmänhet?". Upplevd åldersdiskriminering mättes genom frågan "hur ofta under det senaste året har någon behandlat dig dåligt på grund av din ålder, till exempel genom att förolämpa dig, begått våld mot dig eller vägrat ge dig service?". Ytterligare mättes socialt kapital genom hur den generella tilliten till andra personer ansågs. Multilevel mediation model (MLM) gjordes istället för en regressionsanalys. Mediatoranalysen utfördes i tre steg och författarna poängterar att det är effekten på nationell nivå som undersöks eftersom GINI koefficienten är konstant inom länderna. När upplevd åldersdiskriminering som medierande variabel undersöktes visade resultatet att större inkomstskillnader gav högre nivåer av upplevd åldersdiskriminering ($\beta=0,020$, $SE=0,008$, $p<0,05$) samt att mer upplevd åldersdiskriminering gav högre nivåer av dålig självrapporterad hälsa ($\beta=1,244$, $SE=0,181$, $p<0,001$). Efter justeringar för kön, ålder, utbildning, subjektiv fattigdom visar de ostandardiserade regressionskoefficienterna på lands- och individnivå fortfarande signifikanta effekter. Resultatet visar dock att när den medierade variabeln åldersdiskriminering inkluderas blir effekten mellan inkomstskillnad och dålig självskattad hälsa ej signifikant. Sammanfattningsvis visade studiens resultat på att upplevd åldersdiskriminering och brist på socialt kapital var för sig, var signifikanta medierade variabler i länken mellan inkomstskillnader och dålig självskattad hälsa. När jämförelser av de båda medierade variabelerna gjordes var det bara åldersdiskriminering som var en signifikant medierande variabel till länken mellan inkomstskillnad och hälsa, efter justering av kovariater ($\beta=0,017$, $SE=0,009$, $p<0,05$).

5.1.4 Självuppfattning om åldrande som mediator för upplevd åldersdiskriminering och depressiva symtom

Resultatet från Han och Richardson (2015) visade att upplevd åldersdiskriminering, efter fyra år vara signifikant relaterat till negativ självuppfattning om åldrande och depressiva symtom. Vid inkludering av den medierade variabeln, självuppfattning om åldrande, visade resultatet att självuppfattning om åldrande var signifikant relaterat till depressiva symtom ($\beta=.051$, $p<0,001$). Den signifikanta relationen kvarstod även då upplevd diskriminering inkluderades, däremot var upplevd diskriminering inte längre relaterat till depressiva symtom. Studien visar således på att åldersdiskriminering har en påverkan på självuppfattningen av åldrande och depressiva symtom samt att självuppfattning av åldrande medierar relationen mellan upplevd åldersdiskriminering och depressiva symtom.

5.2 Åldersdiskriminering och äldres hälsa inom hälso- och sjukvården

Åtta av de valda artiklarna, varav sex från Storbritannien, har undersökt åldersdiskriminering och påverkan på äldres hälsa inom hälso- och sjukvården. Studierna skiljer sig gällande syfte och metod men har gemensamt att de huvudsakligen undersöker om åldersdiskriminering

förekommer på olika områden inom hälso- och sjukvården samt om det indirekt kan påverka äldres hälsa. Artiklarna i detta avsnitt presenteras i underrubrikerna: Åldersdiskriminering i tillgång och tillgänglighet inom hälso- och sjukvård och åldersdiskriminering i behandling och medicinska beslutsprocesser.

5.2.1 Åldersdiskriminering i tillgång och tillgänglighet inom hälso- och sjukvård

Sex studier med skilda syften och metoder från Storbritannien har undersökt äldres tillgång och tillgänglighet till olika hälso- och sjukvårdstjänster. Två av studierna har tittat på mentala hälso- och sjukvårdstjänster.

I en longitudinell kohortstudie undersöktes strokevården på 13 center i 10 europeiska länder (Bhalla, Grieve, Tilling, Rudd, & Wolfe, 2004). Två patientgrupper jämfördes, de under 75 år och de över 75 år. Resultatet visar ingen signifikant skillnad mellan yngre och äldre patienter vid strokevård 6 timmar efter strokedebut. Ytterligare sågs ingen skillnad på patienter som blev inlagda på en intensivvårdsavdelning eller på en strokeavdelning. Efter multivariat analys för att undersöka effekten av ålder i tillgången till organiserad strokevård visade det sig att äldre patienter hade mer sannolikhet att vårdas vid en organiserad strokevårdsinrättning jämfört med yngre patienter (OR= 1,28, CI= 1,01–1,57, P=0,03). En tvärsnittsstudie undersökte fem sjukhus i södra Wales för att se om det fanns en diskriminering av äldre patienter som var i behov av intensivvårdsinrättningar fann liknande som Bhalla et al. (2004), det vill säga ingen skillnad mellan yngre och äldre patienter i tillgången till rätt vårdavdelning (Hubbard, o.a., 2003). Av de 4058 patientbedömningarna som gjordes var specialistläkare på kritiskt sjuka patienter överrens om 3723 patientfall och deras vårdplatsplacering (Hubbard et al. 2003). 53 % av de patienter som var placerade på allmän vårdavdelning (general ward) ansågs vara i behov av vård på en intensivvårdsavdelning (critical care). Proportionen i de olika åldersgrupperna (< 55, 55-64, 65-74, 75-84, > 85 år) skilde sig inte åt hos de som ansågs vara placerade på fel vårdavdelning. Vilket även gällde i de olika åldersgrupperna, där de patienter som vårdades på intensivvårdsavdelning ansågs mer lämpligt placeras på en allmän vårdavdelning (12,4 %). Studien kunde inte se att någon patient nekats tillträde enbart på grund av sin ålder. I de sammanfattningsblad som för varje patient som specialistläkarna använde sig av för att göra sina bedömningar, angavs inte patientens identitet, ålder, sjukhus och typ av vårdavdelning.

Ytterligare en studie som inte kunde se någon åldersdiskriminering av äldre undersökte om det fanns någon skillnad i åldersgrupper när det gäller genomförd kroppslig tomografiundersökning (Body CT) på en avdelning för radiologi, under åren 1995-2000 (Toms, Cash, Linton, & Dixon, 2001). En ökning på 14 % per år skedde för de över 60 år som genomgått en kroppslig tomografiundersökning, liknande skedde en ökning på 9,3 % per år för gruppen under 60 år. Datortomografiundersökningarna ökade mest i åldrarna 71-80 och 81-90 år vid en analys av antal genomförda datortomografiundersökningar under september månad 1988 och 1998. Det skedde en liten förändring i åldersdistribution av den lokala populationen under samma undersökningsperiod (1995-2000) och författarna drar slutsatsen att det inte finns någon evidens över att det skulle ske en diskriminering av äldre i genomförda datortomografiundersökningar. Till skillnad från Toms et al. (2001) såg Bhalla et al (2004) en skillnad i datortomografiundersökningar vid användningen av olika tjänster för strokepatienter inlagda på sjukhus för sin första stroke (n=1847). Studien fann efter multivariat analys att äldre patienter över 75 år hade mindre sannolikhet att få datortomografiundersökning av hjärnan (OR=0,56, CI=0,47–0,75, P<0,001) efter justering av case mix (sjukhusets patientsammansättning). Andelen patienter äldre än 75 år som hade mer än en

datortomografiundersökning var 9,7 % jämfört med de yngre patienterna under 75 år, där det var 22,2 % som fick mer än en datortomografiundersökning.

En studie från Storbritannien undersökte om det fanns rättvis tillgång till vård för äldre inom specialist epilepsitjänster i Sheffield och Rotherham, England (Reuber, Torane, & Mack, 2010). Övergripande visade studien på att äldre patienter inte hänvisas till specialiserad epilepsivård i samma utsträckning som yngre patienter. Det visade sig att yngre patienter under 20 år hade ungefär 20 gånger mer specialistvård än patienter 85 år och över. Vidare fann författarna att medelvärde av epilepsiprevalensen per 1000 av befolkningen i Storbritannien ökade med åldern, medan medelvärde av epilepsivårdsanvändningen per 1000 av den undersökta befolkningen minskade med ålder. Urvalspopulationen ansågs vara demografiskt representativ av den allmänna befolkningen (Reuber et al. 2010).

Två tvärsnittsstudier från Storbritannien har undersökt tillgång och tillgänglighet till mentala hälso- och sjukvårdstjänster. Den första studien undersökte uppfattningen om tillgänglighet och hur pass jämlik tillgång till mentalvårdstjänster för äldre över 65 år såg ut (Anderson, Connelly, Meier, & McCracken, 2013). Studien genomfördes genom att tillfråga primärvårdsförvaltningar, hälsodepartement och kommissionärer i National Health Services (NHS) avdelningar i England, Wales och Skottland om deras uppfattningar kring detta. För att få svar på om lika tillgång fanns i tillgängliga tjänster följde en definition av åldersdiskriminering med i frågeformuläret. 132 kommissionärer (76 %) besvarade och returnerade frågorna som analysen bygger på. Resultatet visade att av de totalt 1016 mentalvårdstjänster som tillhandahölls förklarades 83 % rättvisa, 7 % orättvisa samt 10 % utan förklaring. 11 olika mentalvårdstjänster undersöktes (där bland, slutenvård, öppenvård, rehabilitering, specialist psykoterapi m.fl.). Vidare undersöktes nivån på tillgängligheten av de 11 olika mentalvårdstjänsterna för äldre och om de tillhandahölls av Older people's mental health services (OPMHS) eller Single age-inclusive services (SAIS). OPMHS tillhandahåller tjänster riktade till äldre eller till problem relaterat till åldrande, oavsett ålder, medan SAIS har ett generellt åldersinkluderande synsätt och tillhandahåller tjänster i alla åldrar. Resultatet visar att av de totalt 1016 tjänsterna, var det 64 % som tillhandahölls av OPMHS, 31 % som tillhandahölls av SAIS och 5 % som inte tillskrevs någon av dessa. Sammantaget var det 16 % av mentalvårdstjänsterna som tillhandahölls av SAIS som ansågs vara orättvis, medan bara 4 % ansågs vara orättvis tillhandahållen av OPMHS, en skillnad på 12 procentenheter mellan leverantörerna (95 % CI=7-16 %). Författarna menar att det finns en stor variation av tillgänglighet och rättvis tillgång till mentalvårdstjänster mellan olika uppdragsområden. Regressionsanalys visar att tillgänglighet var en bättre förklarande variabel till tjänster som ansågs rättvis tillhandahållna ($B = 0,8$, CI 0,6-1,0). Det fanns en signifikant linjär korrelation mellan rättvis tillhandahållning av tjänster och tillgänglighet ($r=0,71$ $p<0,01$). Den förklarande variansen låg på 50 % (Anderson et al. 2013).

Den andra studien från Storbritannien undersökte skillnader mellan patienter över 65 år och patienter under 65 år med första episodens psykos (Mitford, Reay, McCabe, Paxton, & Turkington, 2009). 537 patienter med första episodens psykos ingick i studien, där medelåldern i gruppen äldre var 78,3 år (SD 7,9 år, range 65-99 år). Mitford et al. (2009) fann att yngre patienter (44 %) hade signifikant större sannolikhet att läggas in vid presentation av första episodens psykos än äldre patienter (33 %) ($p<0,05$). Ingen signifikant skillnad fanns efter ett år mellan antal äldre och yngre patienter inlagda på sjukhus.

5.2.2 Åldersdiskriminering i behandling och medicinska beslutsprocesser

Tre studier med skilda syften och metoder, har undersökt om det finns åldersdiskriminering i behandling och medicinska beslutsprocesser på olika områden inom hälso- och sjukvården.

En studie med 7805 deltagare 50 år och äldre från Storbritannien fann att 9,9 % hade fått sämre service eller behandling än andra personer från läkare eller sjukhus på grund av ålder (Rippon, Kneale, De Oliveira, Demakakos, & Steptoe, 2014). Vidare fann Rippon et al. (2014) i deras tvärsnittsstudie att upplevd åldersdiskriminering ökade mest med ålder i gruppen 70-79 år (OR 1,42; 95 % CI 1,18–1,71) och att det totalt var 36,8 % av de över 65 år som hade erfarenhet av upplevd åldersdiskriminering. I likhet med Han et al. (2015) mätte Rippon et al. (2014) upplevd åldersdiskriminering som tillskrevs de deltagare som hade erfarenhet av diskriminering och kopplade denna orsak till ålder, dvs. självskattad redogörelse för upplevd åldersdiskriminering. Till skillnad från Rippon et al. (2014) undersökte och jämförde Bhalla et al. (2004) strukturen och processen mellan yngre och äldre patienter i strokevården i Europa. 1847 patienter ingick i studien. Resultatet visade vid en uppföljning av patienterna 3 månader efter stroke, att äldre var signifikant mindre benägna att behandlas på en öppenvårdsklinik (14 % vs. 32 %), av primärvårdsläkare (36 % vs. 52 %), av arbetsterapeuter (4 % vs. 9 %) än yngre patienter ($P<0,001$). Liknande skillnad fanns också vid behandling av sjukgymnaster där äldre patienter var mindre benägna att behandlas än yngre patienter (19 % vs. 24 %, $P=0,02$). Att få sjuksköterskevård var mer vanligt för äldre jämfört med för yngre (45 % vs. 32 %, $P<0,001$). Bhalla et al. (2004) fann ytterligare en signifikant skillnad i funktionsnedsättning (mätt genom Barthel Index ≤ 18) tre månader efter strokevård. Den yngre patientgruppen (31 %) hade mindre sannolikhet att ha en funktionsnedsättning jämfört med den äldre patientgruppen (60 %) ($P<0,001$). Efter multivariat analys och justering för patientsammansättning (case mix) och land, visade sig ålder över 75 år vara signifikant relaterat till funktionsnedsättning efter tre månader (OR=2,8, CI=1,75–3,8, $P<0,001$). Ålder över 75 år var även det signifikant relaterat till mortalitet/död efter 3 månader (OR=2,4, CI=1,8–3,4, $P<0,001$) (Bhalla et al. 2004).

En tvärsnittsstudie skiljer sig från de andra, då den undersökt om det finns åldersdiskriminerande skillnader i beslut om eutanasi/dödshjälp (end-of-life decisions = ELDs) (Chambaere, o.a., 2012). Skillnader undersöktes mellan åren 2007 och 1998 i Flandern, Belgien där eutanasi legaliserades 2002. Stratifierat slumpmässigt urval ur dödsfallsregister gjordes och av de 3623 berättigade fallen visade multivariat analys, med hänsyn till störfaktorer (confounders) att incidensen av eutanasi och läkarassisterad suicid signifikant ökat i åldersgruppen 65-79 år (OR 2,42, 95 % CI 1,04–5,65). För de andra åldersgrupperna under 65 år och över 80 år var odds raten inte statistiskt signifikant. I den föregående beslutsprocessen för intensifierad lindring av smärta och/eller andra symtom med läkemedel var det signifikant vanligare att patienter under 65 år inkluderades i diskussioner och mer ofta formulerade en uttrycklig begäran i denna beslutsprocess, än äldre patienter. Vidare fanns det efter multivariat analys och kontroll av störfaktorer (kön, civilstatus, dödsorsak, plats vid död), signifikanta skillnader ($p<0,05$) i åldersgrupperna när det gällde diskussionen med patienten om intensifierad lindring av smärta och/eller andra symtom med samtlig avsikt att möjliggöra påskyndandet av död, där äldre patienter inte inkluderades i diskussionen lika ofta. Det var också i denna beslutsprocess signifikant vanligare att de under 65 år hade en diskussion med palliativ vårdspecialist än de över 80 år. När det gäller icke-behandlings beslut och beslut om att inte behandla med en uttryckligen livsförkortande avsikt fanns generellt inte så stora skillnader mellan åldersgrupperna, dock steg palliativ vårdkonsultation med patientens ålder. Medan det i beslutsprocessen för livsavslutande

handling utan uttrycklig begäran av patienten var bivariat signifikant högre frekvens att få palliativ vårdkonsultation hos yngre patient under 65 år. Det fanns ingen signifikant skillnad vid multivariat analys i ålder vid diskussion med patient och vid diskussion vid uttrycklig begäran av patienten, när det gäller beslutsprocessen för eutanasi och assisterad suicid. Av urvalet var svarsfrekvensen 58,4 %, denna svarsfrekvens var ungefär densamma som den jämförande studien från 1998 (Chambaere et al. 2012).

5.3 Exkludering av äldre i forskning

Två studier med liknande metoder visade på exkludering av äldre i pågående forskning (Cruz-Jentoft, Carpena-Ruiz, Montero-Errasquin, Sanchez-Castellano, & Sanchez-Garcia, 2013; Fitzsimmons, Blayney, Mina-Corkill, & Scott, 2012). Båda studierna följer en metod baserad på Increasing the Participation of the Elderly in Clinical Trials (PREDICT) och undersöker studieprotokoll retrospektivt genom att jämföra olika kohorter med vissa gemensamt definierade egenskaper. Vidare har studierna hämtade data från the World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform (WHO-ICTRP) och undersöker huvudsakligen i vilken grad övre åldersgränser används i pågående studier. Skillnaderna i studierna var att Cruz-Jentoft et al. (2013) undersökte och analyserar 440 pågående kliniska prövningar på typ 2 diabetes mellitus och hur vida äldre (<65, 65-74, 75-84, ≥85) inkluderades och exkluderades inom det aktuella forskningsfältet. Fitzsimmons et al. (2012) analyserar 206 studier och hur äldre deltagare (64-95 år) exkluderas i forskning om Parkinsons sjukdom. Båda studierna kommer huvudsakligen fram till att det är vanligt att studierna på de olika områdena begränsar äldres medverkan i forskningen, genom att använda sig av godtyckliga övre åldersgränser, där Fitzsimmons et al. (2012) kommer fram till att det sker i 49 % av de pågående studierna om Parkinsons sjukdom. Den genomsnittliga övre åldersgränsen för exkludering var 79,3 år (95 % CI 77,9-80,6, range 64-95 år). Cruz-Jentoft et al. (2013) fann att 65,7 % av de pågående studierna om typ 2 diabetes mellitus hade en godtycklig övre åldersgräns samt att av de analyserade kliniska prövningarna var det 1,4 % som var designade att endast specifikt studera äldre. En studie tog upp vikten av strategier för att förbättra rekryteringen av äldre. Fitzsimmons et al. (2012) fann att exkludering på grund av övre åldersgränser var signifikant mer vanligt i mindre studier med färre än 100 deltagare (OR 1,92, 95 % CI 1,13–3,42, P = 0,018). Det fanns ingen signifikant koppling mellan exkludering på grund av övre åldersgränser och studiedesign (randomiserade kontrollerade tester eller andra), studiesubjekt (farmakologiska, kirurgiska, fysio/arbets/tal-terapi studier eller andra), studiens finansiering (privat eller offentlig), studiens miljö (enkelcenter eller multicenter studier), varaktighet (mindre än 12 månader och 12 månader eller mer) och geografiska läge (utanför USA och EU, EU eller USA). Cruz-Jentoft et al. (2013) fann liknande en signifikant koppling till övre åldersgränser och urvalsstorlek, där det var vanligare med en övre åldersgräns i studier med en urvalsstorlek mindre än 100 (P=0,002) än en studie med större urvalsstorlek. Vidare var komorbiditet det vanligaste exklusionskriteriet (76,8 %) i de pågående kliniska testerna och av dessa var det bara 23,2 % som ansågs vara rättfärdigt motiverat.

5.4 Upplevd åldersdiskriminering relaterat till andra demografiska faktorer

5.4.1 Utbildning

Van den Heuvel och van Santvoort (2011) visade i sin studie att de med högre utbildningsnivå rapporterade mindre upplevd åldersdiskriminering. Liknande fynd kan ses i studien av Vaclair et al. (2014). Ovanstående fynd skilde sig från Chun et al. (2015) och Rippon et al. (2014) som båda fann att de med högre utbildningsnivå rapporterade mer upplevd åldersdiskriminering, än de med lägre utbildningsnivå. Däremot var kopplingen mellan åldersdiskriminering och högre utbildningsnivå i studien av Chun et al. (2015) inte signifikant. Rippon et al. (2014) fann att associationen mellan åldersdiskriminering och högre utbildningsnivå var signifikant efter multivariat analys, med den högsta oddsraten av de undersökta sociodemografiska faktorerna (OR 1,50, 95 % CI 1,30–1,73, $p < 0,001$). Av de fem diskriminerande situationerna som undersöktes och som tillskrevs vara diskriminering på grund av ålder, var det 17,7 % av respondenterna som behandlats med mindre respekt eller artighet. 11,1 % hade behandlats som om de inte var smarta. 9,9 % hade fått sämre service eller behandling än andra personer från läkare eller sjukhus. 8,7 % hade fått sämre service i restauranger och butiker än andra människor och 4,6 % av respondenterna hade upplevt hot eller trakasserier. Efter multivariat analys (justerat efter de individuella diskrimineringsituationerna samt ålder, kön, välstånd, utbildning, civilstånd och nuvarande anställning/pensionerad), var hög utbildningsnivå det enda signifikanta sambandet kopplat till åldersdiskriminering i medicinsk miljö (OR 1,55, 95 % CI 1,23–1,95, $p < 0,001$) (Rippon et al. 2014).

5.4.2 Hushållsinkomst

Rippon et al. (2014) fann efter multivariat analys att välstånd/riktedom (wealth) var en korrelerande variabel till åldersdiskriminering. Välstånd mättes utifrån hushållsnivå. Det var signifikant mindre sannolikhet att rapportera diskriminering, attribuerat till ålder, för de med högre välstånd i de olika diskriminerande situationerna, dock inte i medicinska miljöer. Liknande fynd sågs av Van den Heuvel och van Santvoort (2011), där de med högre hushållsinkomst rapporterade mindre åldersdiskriminering.

5.4.3 Kön

En studie fann att fler äldre kvinnor än äldre män rapporterade upplevd åldersdiskriminering (Van den Heuvel & van Santvoort, 2011). Bhalla et al. (2004) som fann att åldersdiskriminering hos äldre förekom, fann ytterligare att kvinnor äldre än 75 år, efter multivariat analys hade signifikant större risk att ha en funktionsnedsättning 3 månader efter stroke (OR=1,74, CI=1,3–3,68, $P < 0,05$), än yngre kvinnor under 75 år (Bhalla et al. 2004). Till skillnad från studierna ovan fann Rippon et al. (2014) att kön var en korrelerad variabel i alla fem diskriminerande situationerna som undersöktes och prevalensen för åldersdiskriminering var större hos män än kvinnor. Liknande resultat presenterade Chun et al. (2015) i sin studie där män signifikant upplevde mer åldersdiskriminering än kvinnor (7,7 vs 3,7).

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Eftersom syftet var att belysa kunskapsläget inom ett område valdes en litteraturbaserad studiedesign. Trots att den inledande litteratursökningen i databaserna av åldersdiskriminering och hälsa resulterade i relativt begränsat antal funna artiklar samt att tidigare litteratursammanställningar beskrivit brister inom området (Krieger, Discrimination and health, 2000; Liljeberg, 2005), kunde förändring på området ses. Ytterligare sågs en ökad debatt på området åldersdiskriminering/ålderism och hälsa med publicerade rapporter, främst från Storbritannien och USA.

6.1.1 Systematisk litteratursökning

I den systematiska litteratursökningen som genomförts för att kunna besvara syfte och frågeställningar har några styrkor och svagheter identifierats. En styrka är att några av de sökord som valts även användes i litteratursammanställningen som gjordes 2005 av Statens folkhälsoinstitut (Liljeberg, 2005). Liljeberg (2005) använde sökorden "discrimination", "prejudice", "health", "age", "elderly", "ageism" för att bland annat undersöka om hälsan påverkas av diskriminering på grund av ålder. Även om Liljeberg (2005) använt andra databaser i sin litteratursökning kan vissa likheter ses i valet av inklusionskriterier med min litteraturstudie.

Det finns några styrkor och svagheter i valet av inklusions- och exklusionskriterier för att besvara det övergripande syftet med litteraturstudien – att belysa kunskapsläget på området ålderism/åldersdiskriminering av äldre och kopplingen till äldres hälsa. För det första gjordes valet att inte begränsa sökningen till något land eller världsdel. Valet gjordes utifrån den inledande sökningen på området och de två tidigare litteratursammanställningarna (Krieger, Discrimination and health, 2000; Liljeberg, 2005). Det finns en medvetenhet om svårigheterna att generalisera artiklar från olika länder och svårigheten att generalisera individuella och kontextbundna upplevelser av diskriminering samt hälsa. Studier från olika länder kan dock även vara en styrka eftersom det ger en medvetenhet kring området där likheter och skillnader mellan länder kan identifieras. För det andra har artiklar med fokus på andra diskrimineringsgrunder exkluderats, framförallt för att syftet var att enbart undersöka diskriminering på grund av ålder. Detta kan medföra en svaghet och ge en snäv bild av åldersdiskriminering, speciellt då gruppen äldre inte är homogen. Den andra frågeställningen i syftet formulerades för att försöka ta hänsyn till andra möjliga demografiska faktorer relaterade till åldersdiskriminering. För det tredje kan en svaghet i min litteraturstudie vara inkluderingen av äldre människor 50 år och över, vilket är ett brett åldersspann som kan ge upphov till en homogen syn av gruppen äldre. Jag anser att ovanstående bör beaktas i tolkningen av resultatet. En styrka är dock att jag följt WHO:s definition av äldre. För det fjärde bygger denna litteraturstudie enbart på kvantitativa artiklar, vilket är en styrka eftersom syftet var att studera eventuella samband mellan åldersdiskriminering och äldres hälsa. En begränsning finns däremot i förståelsen av resultatet gällande åldersdiskriminering och kopplingen till äldres hälsa eftersom valet av metod gör det svårt att få en bild av vad äldre personerna sätter för innebörd i åldersdiskriminering och hälsa. För att få en större förståelse av vad äldre människor i olika länder och kulturer sätter för innebörd i åldersdiskriminering, men även tolkningen av självskattad hälsa, bör denna studie kompletteras med kvalitativa studier. Ytterligare har studier som enbart undersökt attityder mot/av äldre exkluderats, vilket

gör att denna litteraturstudie inte kan säga något om möjliga orsaker och bakomliggande faktorer till åldersdiskriminering av äldre. Slutligen kan det finnas ytterligare begrepp som möjligen kan ha betydelse för området åldersdiskriminering och kopplingen till äldres hälsa, till exempel "health care discrimination", "age inequalities" och "perceived discrimination".

Det bör uppmärksammas att den systematiska litteratursökningen i PubMed gjordes cirka tre månader efter den systematiska litteratursökningen i Scopus. Det skulle kunna medföra att artiklar funna i PubMed under september 2015, även skulle kunna återfinnas i Scopus under samma tid. Databasen PubMed introducerade begreppet ageism 2013, vilket kan ha en betydelse för vilka artiklar som funnits. En styrka är att sökordet "prejudice" valdes eftersom databasen PubMed använt sig av detta ord tidigare. Ytterligare en styrka är att valet av artiklar i denna litteraturstudie ofta tagit hänsyn till abstraktet av artiklarna. Min uppfattning är att resultatet inte påverkats nämnvärt då endast en artikel, utifrån titeln, exkluderades på grund av att den inte funnits tillgänglig gratis via Göteborgs universitetsbibliotek.

6.1.2 Reliabilitet och validitet

Jag har försökt förhålla mig så objektiv som möjligt i presentationen av artiklarnas resultat. Litteraturstudien kan dock ha påverkats utifrån min förförståelse, värdering och tolkning av de vetenskapliga artiklarna. Artiklarna har på många områden skiljt sig åt, vilket gjort att tematisteringen av artiklarna varit svår. Utifrån min kvalitetsgranskning har artiklarna varit av en övergripande god kvalitet och ingen artikel har ansetts vara av låg kvalitet. En styrka utifrån kvalitetsgranskningen är att alla valda artiklar har publicerats i tidskrifter där etiskt godkännande krävs samt att merparten av tidskrifterna är medlemmar i the Committee On Publication Ethics (COPE). I resultatdelen har jag valt att använda multivariata analyser när det varit möjligt i redogörelsen av studiernas resultat, eftersom multivariata analyser tar hänsyn till störfaktorer (confounders).

Något som påverkar generaliserbarheten är att merparten av artiklarna är tvärsnittstudier. Eftersom tvärsnittstudier endast kan påvisa samband och association mellan studerade faktorer ger det en lägre styrka än kohortstudier. Studier som undersökt orsakssambanden mellan åldersdiskriminering och äldres hälsa är begränsade i studien. Vidare har majoriteten av tvärsnittsstudierna genomförts i Storbritannien vilket gör dem svåra att generalisera till en svensk kontext. Eftersom mitt syfte var att belysa kunskapsläget på området valde jag att inkludera studier som använt sig av indirekta metoder för att mäta åldersdiskriminering och hur det påverkar äldre hälsa inom hälso- och sjukvården. Mitt val att inkludera studier som bland annat undersökt ojämlikhet mellan olika åldersgrupper kan resultera i en bred förståelse för åldersdiskriminering.

6.2 Resultatdiskussion

Det har gått femton år sedan Krieger (2000) presenterade sina resultat och tio år sedan Liljeberg (2005) gjorde sin litteraturstudie. De två litteratursammanställningarna fann i princip inga studier som undersökt åldersdiskriminering och kopplingen till hälsa. Det tyder på att det har gjorts fler studier under senare tid som undersökt åldersdiskriminering och kopplingen till äldres hälsa. Majoriteten av studierna har publicerats under de senaste sex åren (2010-2015). Ungefär hälften av studierna är gjorda i Storbritannien, vilket kan bero på ett ökat fokus på frågan om åldersdiskriminering av äldre i Storbritannien.

6.2.1 Åldersdiskrimineringens påverkan på äldres psykiska och fysiska hälsa

Ett samband ses mellan upplevd åldersdiskriminering och äldres psykiska hälsa, som depressiva symtom (Chun et al. 2015; Han & Richardson, 2015) och negativ självuppfattning om åldrande (Han & Richardson 2015). Av de två studierna som fann ett samband mellan upplevd åldersdiskriminering och depressiva symtom, var det bara Han och Richardson (2014) som genom en kohortstudie kunde visa ett möjligt signifikant orsakssamband. Artikeln ansågs vara av hög kvalitet, men trots det bör resultatet tolkas med viss försiktighet även om justering för möjliga störfaktorer gjorts. För det första visar det presenterade beta-värdet ett lågt signifikant samband mellan upplevd åldersdiskriminering och depressiva symtom efter fyra år. Ett lågt samband fanns även för upplevd åldersdiskriminering och negativ självuppfattning om åldrande. För det andra bör ytterligare försiktighet tas i tolkningen av studiernas benämning av åldersdiskriminering. Författarna gjorde en sammanslagning av grupperna "bara åldersdiskriminering" och "ålder och annan diskrimineringsgrund" till kategoriseringen upplevd åldersdiskriminering, vilket gör det svårt att veta hur mycket de andra diskrimineringsgrunderna inverkar på resultatet. Resultatet från Chun et al. (2015) visade på ett relativt starkt samband mellan åldersdiskriminering och depressiva symtom. Trots att justering för störfaktorer gjorts bör det uppmärksammas att det endast var 5,4 % som uppgav ålder som diskrimineringsgrund. Svagheter i tvärsnittstudien är för det första att studien undersökt äldre koreaner vilket försvårar generaliserbarheten på grund av kulturella skillnader. För det andra mättes åldersdiskriminering utifrån prevalensen av upplevd åldersdiskriminering under hela livet, vilket inte säger något om omfattningen samt varaktigheten av den upplevda åldersdiskrimineringen. Författarna nämner att värdena för åldersdiskriminering delvis är relaterade till arbetsmöjligheter, vilket enligt min åsikt kan försvaga fynden, eftersom ett exklusionskriterie var åldersdiskriminering på arbetsmarknaden.

Ett intressant fynd från Han och Richardson (2015) var att den negativa självuppfattningen om åldrande medierade sambandet mellan åldersdiskriminering och depressiva symtom. Fyndet tyder på att den samvarierande variabeln negativ självuppfattning om åldrande är en viktig faktor vid studier på området åldersdiskriminering och effekten på äldres hälsa. Becca Levy (2009) menar i sin presentation av stereotype embodiment theory (SET) att stereotypa uppfattningar införlivas när det sker en assimilering från den omgivande kulturen till positiva eller negativa självuppfattningar om åldrande. Självuppfattning om åldrande och åldrande processer kan då i sin tur påverka äldres hälsoutfall som till exempel depressiva symtom (Levy, 2009). En reflektion är att ovanstående visar hur stereotypa uppfattningar och attityder kan påverka upplevd åldersdiskriminering samt möjligen påverka känsligheten för individers upplevelse av åldersdiskriminering. Min reflektion förstärks av fynd från en studie med data hämtad från the Health and Retirement Study (HRS) som visar efter regressionsanalys och justering för störfaktorer, att upplevd åldersdiskriminering hos äldre över 50 år, var signifikant negativt relaterat till subjektiv uppfattning om ålder (Stephan, Sutin, & Terracciano, 2015).

Det är svårt att avgöra på vilket sätt och i vilken utsträckning äldres fysiska hälsa påverkas av åldersdiskriminering. Bhalla et al. (2004) fann att äldre patienter tre månader efter stroke hade sämre funktionsnedsättning än yngre patienter. Ytterligare fann Bhalla et al. (2004) att äldre patienter tre månader efter stroke signifikant behandlades i mindre utsträckning av arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Författarna drog slutsatsen att indirekt åldersdiskriminering kan ske vid vissa strokecenter och vidare få konsekvenser för äldre i bland annat rehabiliterande insatser. Indirekt skulle åldersdiskriminering påverka äldres

fysiska hälsa men det handlar troligtvis om tillgång och tillgänglighet till rätt vård och resurser. Chun et al. (2015) kunde inte se någon påverkan på upplevd åldersdiskriminering och äldre diagnostiserade med kroniska sjukdomar i sin tvärsnittstudie.

Samband mellan åldersdiskriminering och äldres självskattade hälsa kan ses utifrån resultatet (Van den Heuvel & van Santvoort 2011; Vaclair et al. 2014; Chun et al. 2015). Den självskattade hälsan kan tolkas utifrån både den psykiska och fysiska hälsan tillsammans, men det går inte att säga något om vad respondenterna sätter för närmare innebörd i den självskattade hälsan. Alla tre studierna finner ett samband mellan åldersdiskriminering och dåligt självskattad hälsa. Chun et al. (2015) fann i sin tvärsnittsstudie som granskats till medelkvalitet, ett mycket svagt samband mellan åldersdiskriminering och dåligt självskattad hälsa hos äldre. Vaclair et al. (2014) fann en stark signifikant korrelation av de undersökta Europeiska länderna mellan upplevd åldersdiskriminering och dålig självskattad hälsa hos äldre. Van den Heuvel och van Santvoort (2011) fann att den subjektiva hälsan och tillfredsställelse med livet var något starkare relaterad till upplevd åldersdiskriminering. Regressionsanalysen visar hyfsat höga betavärden med låga medelfel. Fynden säger inget om relationen mellan variablerna, det vill säga om upplevd åldersdiskriminering påverkar hälsan eller att sämre hälsa kan påverka upplevelsen av åldersdiskriminering. Van den Heuvel och van Santvoort (2011) och Vaclair et al. (2014) använder sig av sekundärdata vilket kan begränsa vilka inkluderade variabler som används för att undersöka åldersdiskrimineringens effekt på äldres hälsa, samt hur bra sekundärdata kan säga något när de används för nya syften, än det ursprungliga syftet. Sekundärdata från större studier är dock tids- och kostnadssparande. Trots att de två europeiska studierna ansågs vara av hög kvalitet och möjliggör för generalisering av resultaten till länder i Europa, kvarstår begränsningen att de är tvärsnittsstudier. Att Sverige rapporterade lägst upplevd åldersdiskriminering (Van den Heuvel & van Santvoort 2011; Vaclair et al. 2014), skulle kunna påverkas av bättre självskattad hälsa, högre utbildningsnivåer, mindre uppskattad subjektiv fattigdom samt övergripande mindre ojämlikhet i samhället. Vaclair et al. (2014) fann att åldersdiskriminering var en bättre mediator än socialt kapital för att förklara länken mellan ojämlikhet och äldres självskattade hälsa, även om de två medierade variablerna var för sig var signifikant relaterade till länken mellan inkomstskillnader och äldres självskattade hälsa. En reflektion utifrån ovanstående är att åldersdiskriminering möjligen kan vara starkare länkat till utbildning och inkomst än socialt kapital (mätt utifrån tillit till andra personer). När äldre lämnar arbetsmarknaden sker förutom en förändring i sammanhang och maktpositioner, en minskning av inkomst. Troligen kan även stora skillnader i pensionsinkomst finnas, vilket skulle kunna förstärka länken mellan inkomstskillnader och äldres självskattade hälsa.

Gemensamt för studierna som undersökt både åldersdiskriminering samt depressiva symtom, negativ självuppfattning om åldrande och självskattad hälsa är att de bygger på subjektiva upplevelser (Chun et al. 2015; Han & Richardson 2015; Van den Heuvel & van Santvoort 2011; Vaclair et al. 2014). Det finns därför en genomgående risk för minnesfel (recall bias), störfaktorer och under- och överrapportering. Alla studier har försökt se till störfaktorer men minnesfel och under- och överrapportering är svårare att förebygga. Risken för urvalsbias är enligt min uppfattning låg då de flesta studier som undersökt direkt upplevd åldersdiskriminering och äldres hälsa använt sig av slumpmässigt urval (Chun et al. 2015; Han & Richardson 2015; Van den Heuvel & van Santvoort 2011; Vaclair et al. 2014).

Trots att jag funnit få studier som undersökt direkt upplevd åldersdiskriminering och kopplingen till äldres hälsa kan liknelser i fynden ses utifrån Pascoe och Smart Richman's meta-analys (2009). Meta-analysen fann att upplevd diskriminering är associerat med sämre

mental hälsa som depressiva symtom men även sämre fysisk hälsa (Pascoe & Smart Richman, 2009). Upplevd åldersdiskriminering skulle även kunna ha betydelse för äldres fysiska hälsa men utifrån denna litteraturstudie är det svårt att uttala sig om associationen mellan upplevd åldersdiskriminering och äldres fysiska hälsa.

6.2.2 Åldersdiskriminering inom hälso- och sjukvården

Åldersdiskriminering inom hälso- och sjukvården är något som forskarna Storbritannien undersökt mer specifikt. Den inledande litteratursökningen visade att Storbritannien publicerat många rapporter och uppmärksammat åldersdiskriminering som ett problem inom hälso- och sjukvården. Ytterligare en orsak till representationen av studier från Storbritannien kan vara att begreppet "ageism" som Heikkinen och Krekula (2008) nämner införlivats tidigt i engelska och amerikanska ordlistor. Försiktighet vad gäller generaliserbarheten är viktig gällande åldersdiskriminering inom hälso- och sjukvården. De flesta studierna som undersökt åldersdiskriminering inom hälso- och sjukvården är tvärsnittsstudier från Storbritannien och kan därför inte generaliseras till andra länders hälso- och sjukvårdssystem. Storbritannien tillhör det så kallade Beveridgesystemet där ansvaret för hälso- och sjukvården sker på statlig nivå. I Sverige ligger ansvaret på lokal och regional nivå, dock är hälso- och sjukvården i båda länderna finansierade via skatter så att de ska vara heltäckande för befolkningen (Ferraz-Nunes & Karlberg, 2012). Sveriges och Storbritanniens sjukvårdssystem har ändå vissa likheter gällande finansiering och produktion (Ferraz-Nunes & Karlberg, 2012). Även om ingen artikel från Sverige funnits kommer en reflektion till svenska förhållanden försöka göras.

Åldersdiskriminering förekommer och kan ha en indirekt påverkan på äldres hälsa inom hälso- och sjukvården i andra länder. En övergripande reflektion är att strukturell åldersdiskriminering (dold, synlig, oavsiktlig eller avsiktlig) kan ske genom skillnader i tillgång, tillgänglighet och kvalitet mellan åldersgrupper inom hälso- och sjukvården. Fynden i denna litteraturstudie kan förstärkas av en kohortstudie från USA som undersökt 6017 äldre personer (>50 år) och funnit att den vanligaste orsaken till frekvent diskriminering inom hälso- och sjukvården var ålder, följt av kön och finansiell status (Rogers, Thrasher, Miao, Boscardin, & Smith, 2015). Studien från Rogers et al. (2015) fångades inte upp i den systematiska litteratursökningen. Internationella jämförelser av hälso- och sjukvården mellan länder i Europa visar att Sverige har mycket bra medicinska resultat. Däremot har Sverige fått mycket låga resultat gällande tillgänglighet. Tillgänglighet utifrån väntetider ses som ett mycket stort problem med tanke på Sveriges annars högt rankade hälso- och sjukvårdssystem (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015; Health Consumer Powerhouse, 2016). Ovanstående jämförelser säger inget om äldres tillgänglighet men enligt min reflektion skapar de misstankar om att äldre i Sverige skulle kunna diskrimineras utifrån deras ålder när det kommer till att få tillgänglig vård i lämplig tid.

Resultatet visar att åldersdiskriminering påverka äldres tillgång och tillgänglighet till mentala hälso- och sjukvårdstjänster (Anderson et al. 2013; Mitford et al. 2009), vilket i sin tur skulle kunna påverka kvalitén på vården för äldre patienter. Det finns svårigheter att generalisera fynden gällande tillgång och tillgänglighet i mentala hälso- och sjukvårdstjänster till Sverige. Socialstyrelsen i Sverige har dock redogjort för att det finns stora skillnader mellan grupper när det gäller bemötande och behandling av patienter med psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2011). Socialstyrelsen nämner i sin sammanställning att äldre patienter till exempel får mindre tillgång till kognitiv beteendeterapi (KBT) och ordineras psykofarmaka i högre utsträckning vid bland annat depression (Socialstyrelsen, 2011). En viktig slutsats som Anderson et al.

(2013) drar av sitt resultat är att ett system med ett enda åldersinkluderande servicesystem oavsiktligt kan skapa indirekt åldersdiskriminering samt påverka kvalitén i vården för i detta fall äldre patienter. En reflektion av ovanstående är att risken är större att indirekt åldersdiskriminering sker om policys och lagstiftning implementerar vårdssystem som inte ser till en specifik åldersgrupp. Ett enda åldersinkluderande servicesystem skulle på så sätt kunna omvandla direkt diskriminering till indirekt diskriminering.

Åldersdiskriminering kan ske direkt och indirekt när det gäller tillgängligheten av rätt vårdtjänster. Kvaliten på hälso- och sjukvården kan indirekt tänkas påverka äldres hälsa eftersom resultatet av två studier fann att äldre exkluderas i pågående forskning (Cruz-Jentoft et al. 2013; Fitzsimmons et al. 2012). Ytterligare kan brist i tillgänglighet till rätt vård, påverka kvaliteten av vården som äldre får. Ovanstående fynd kan länkas till i alla fall två mekanismer som Wamala och Bildt (2006) tar upp i sin modell; att diskriminering kan påverka hälsan genom olikheter i bemötande och tillgång till hälsofrämjande resurser samt behandling, kvantitet och kvalitet i hälsovård. Ytterligare får diskriminering konsekvenser på den psykiska och fysiska hälsan (Wamala & Bildt, 2006).

Eftersom hälso- och sjukvården försöker göra rättvisa fördelningar av begränsade resurser uppstår problem som enligt mig kan få betydelse för upplevd åldersdiskriminering hos äldre. Principen om att alla människor, oavsett ålder har rätt till en jämlik vård skapar konflikter mellan olika etiska principer, som till exempel nyttan – för vem gör resursen mest nytta? Utifrån nyttoprincipen kan åldersdiskriminering ske och påverka insatserna till äldre. Även om hälso- och sjukvården ser till bland annat den etiska principen gällande plikten att hjälpa utan tanke på konsekvenserna, är det viktigt att båda perspektiven ligger till grund för beslutsfattande (Karlberg, 2011). Kostnad-effekt-analys (cost-effectiveness analysis, CEA) och kvalitetsjusterande levnadsår (quality-adjusted life-year, QALY) som används för beslutsfattande om de mest kostnadseffektiva resurser inom hälso- och sjukvården har nämnts skapa en form av indirekt åldersdiskriminering (Edlin, o.a., 2008).

En reflektion gällande att förhindra åldersdiskriminering i tillgång, tillgänglighet och kvalitet av tjänster inom hälso- och sjukvården skulle kunna vara utvecklingen av ett mer individ/patientcentrerat system. Reflektionen tar utgångspunkt i en nyligen publicerad rapport *Hälso- och sjukvårdens och omsorgens viktiga paradigmskifte* (Norén, 2015). Möjligen skulle åldersdiskriminering kunna minskas och mer effektiva och kvalitetsinriktade samverkanslösningar utvecklas genom att ersätta dagens disciplin- och insatscentrerade system. Vidare skulle äldres delaktighet och tillit till hälso- och sjukvården stärkas i ett mer medskapande arbetssätt och därmed förebygga risken för diskriminering.

6.2.3 Exkludering av äldre i medicinsk forskning

Resultatet visade på en exkludering av äldre i pågående forskning om Parkinsons sjukdom och typ 2 diabetes mellitus. Studierna anses vara av hög kvalitet och resultaten tyder på att åldersdiskriminering sker (Cruz-Jentoft et al. 2013; Fitzsimmons et al. 2012). Begränsningen av äldres medverkan i de olika forskningsområdena genom godtyckliga övre åldersgränser, var signifikant relaterat till mindre studier (Cruz-Jentoft et al. 2013; Fitzsimmons et al. 2012). Orsaken till detta är oklar men kan bero på att bortfall i mindre studier påverkar den statistiska styrkan (power) i större utsträckning. Ovanstående problematik genererar bättre studieresultat men går inte att generalisera till äldre i den kliniska praktiken. Författarna till båda studierna hänvisar till andra studier på olika områden som finner liknande fynd. Enligt min mening är fynden från de två studierna både illegitim och tyder på en strukturell diskriminering av äldre.

Vidare kommer exkluderingen av äldre i de undersökta forskningsområdena få konsekvenser på hälso- och sjukvårdens kliniska verksamhet. Resultatet från Cruz-Jentoft et al. (2013) visade på en brist i att rättfärdigt motivera exklusionskriterier samt att bara 1,4 % av de kliniska prövningarna av typ 2 mellitus var designade specifikt för äldre. Resultaten kan tyda på en oförståelse och/eller negligerande attityder mot den strukturella åldersdiskriminering som verkar finnas på de studerade områdena. Även om det finns svårigheter i forskning av äldre, som rekryteringssvårigheter, bortfallsrisk och komorbiditet, kan de inte överväga det etiska dilemmat att ge vård till äldre som bygger på forskning som inte går att generalisera till gruppen. Det bör åtminstone finnas rättfärdiga motiveringar. Jag håller med författarna till de två artiklarna som menar att etiska kommittéer bör ta större ansvar i arbetet med att minska åldersdiskriminering i forskningen.

6.2.4 Upplevd åldersdiskriminering och andra demografiska faktorer

Skillnader i utbildningsnivå verkar ha en påverkan på upplevd åldersdiskriminering. De två Europeiska studierna fann att de med högre utbildningsnivå rapporterade mindre åldersdiskriminering (Van den Heuvel & van Santvoort 2011; Vauclair et al. 2014). Resultatet kan tyda på att de med högre utbildningsnivå även har en högre hushållsinkomst som skulle kunna skydda mot diskriminerande situationer. Fynden från Rippon et al. (2014) kan tyda på att högre utbildningsnivå inte har en inverkan på upplevd åldersdiskriminering i medicinsk miljö. Det kan tyda på att de med högre utbildning är mer pålästa gällande de rättigheter de har som patienter. Eftersom resultaten från denna litteraturstudie funnit olika associationer mellan åldersdiskriminering och utbildningsnivå bör utbildningens påverkan på åldersdiskriminering undersökas mer. Liknande behöver associationen mellan åldersdiskriminering och kopplingen till kön undersökas mer. En av de Europeiska studierna visade att fler äldre kvinnor rapporterade upplevd åldersdiskriminering (Van den Heuvel & van Santvoort 2011). Det skulle kunna bero på en upplevelse av dubbel diskriminering hos äldre kvinnor, då ojämlikhet mellan könen möjligen kan bli större när äldre går i pension.

6.2.5 Mätmetoder för åldersdiskriminering och kopplingen till äldres hälsa

Krieger (2000) nämner att det finns tre olika epidemiologiska metoder/tillvägagångssätt för att mäta diskriminering och dess effekt på hälsan. Med utgångspunkt från Kriegers resonemang är min reflektion att resultatet följer två av de tre olika sätten att mäta diskriminering och dess effekt på hälsan, som Krieger nämner. Resultatet visar på att indirekta mätningar av åldersdiskriminering gjorts genom att undersöka riskfaktorer som jämlikhet/skillnader i tillgång, tillgänglighet, behandling och medicinska beslutsprocesser inom hälso- och sjukvården. Genom att jämföra skillnader i exempelvis behandling mellan två åldersgrupper, oftast mellan yngre och äldre patienter kan observerade skillnader i hälsoutfall göras. Ytterligare kan ålder undersökas för att se om det är en riskfaktor till skillnaden i hälsoutfallet. På så sätt kan icke direkt observerad diskriminering tolkas som en skapande faktor till observerade skillnader i hälsoutfall. Krieger (2000) tar upp svagheter med ovanstående sätt att mäta diskriminering och dess effekt på hälsan, vilket jag anser stämma i tolkningen av fynden i litteraturstudien. De artiklar som undersökt åldersdiskriminering i tillgång, tillgänglighet, behandling och medicinska beslutsprocesser inom hälso- och sjukvården är inte direkta upplevelser av diskriminering. Enligt Krieger (2000) kan metoden ge indirekt evidens och problem med att avgöra tiden för diskrimineringen, dess varaktighet och intensitet.

Även direkta mätningar av självupplevd åldersdiskriminering och effekten på äldres självrapporterade hälsa har undersökts (Chun et al. 2015; Han & Richardson 2015; Van den Heuvel & van Santvoort 2011; Vauclair et al. 2014). Chun et al. (2015) använde en modifierad version av mätverktyget "Experiences of Discrimination" (EOD), som anses vara ett tillförlitligt mätverktyg gällande validiteten och reliabiliteten (Krieger, Smith, Naishadham, Hartman, & Barbeau, 2005). Sambanden mellan de självrapporterade upplevelserna av åldersdiskriminering och de olika självrapporterade hälsoutfallen bör alltid förstås utifrån individernas egna tolkningar och reaktioner av diskriminering. Precis som Lange nämner i *Särbehandlad och kränkt* (Statens folkhälsoinstitut, 2005) kan mätningar av upplevd diskriminering medföra en risk att objektiv diskriminering faktiskt inte förekommer trots att respondenter upplever att de är diskriminerande (på grund av ålder) och vise versa att det faktiskt sker en diskriminering (på grund av ålder) men att respondenter inte upplever och rapporterar att diskriminering förekommer. Enligt Krieger (2000) är även tiden för diskrimineringen, intensiteten och sammanhanget viktiga faktorer att ta hänsyn till i tolkningen av data. Några studier som presenteras i resultatdelen har beaktat frekvensen av åldersdiskriminering i mätningarna (Han & Richardson 2015; Van den Heuvel & van Santvoort 2011; Vauclair et al. 2014; Rippon et al. 2014). Intensiteten är svår att uttala sig om utifrån resultatet i denna litteraturstudie. Förutom studierna som undersökt åldersdiskriminering inom hälso- och sjukvården var de bara Rippon et al. (2014) som övergripande undersökt i vilka sammanhang/situationer som åldersdiskrimineringen skett. En övergripande reflektion är att studierna som undersökt direkt åldersdiskriminering och självrapporterad hälsa alla haft en mer ingående bakgrund om begreppet ålderism/åldersdiskriminering samt innebörden av begreppet för den specifika studien. De studier som undersökt åldersdiskriminering och kopplingen till äldres hälsa inom hälso- och sjukvård har inte lika ingående förklarat begreppen, vilket kan ha att göra med att utgångspunkten varit att studera skillnader mellan åldersgrupper och inte självupplevd åldersdiskriminering.

7. Slutsats

Syftet med litteraturstudien var att belysa kunskapsläget och öka medvetenheten om åldersdiskriminering och kopplingen till äldres hälsa. Slutsatsen utifrån resultatet av de fjorton vetenskapliga artiklarna som inkluderades i studien är att upplevd åldersdiskriminering har en koppling till äldres självskattade hälsa och depressiva symtom. Självuppfattning om åldrande verkar vara en viktig faktor i kopplingen mellan upplevd åldersdiskriminering och äldres hälsa. Ytterligare kan åldersdiskriminering vara en medierande faktor till andra hälsoutfall. Resultatet visar att åldersdiskriminering påverkar äldres hälsa inom hälso- och sjukvården i form av sämre tillgång, tillgänglighet och kvalitet samt exkludering inom medicinsk forskning. Eftersom merparten av studier som undersökt åldersdiskriminering och kopplingen till äldres hälsa inom hälso- och sjukvården är tvärsnittsstudier från Storbritannien försvårar det generaliserbarheten av litteraturstudiens fynd. Större longitudinella kohortstudier skulle behöva göras utifrån den äldre befolkningen i Skandinavien och Europa, eftersom upplevd diskriminering och synen på åldrande och äldre är kopplade till olika kulturella normer. Fler studier med god metodologisk uppbyggnad och högre bevisvärde behövs på området för att få en klarare bild av åldersdiskrimineringens koppling till äldres hälsa. Trots att det är få studier som undersökt direkt åldersdiskriminering och kopplingen till äldres hälsa verkar det vara ett område som börjar undersökas allt mer.

Ur ett folkhälsvetenskapligt perspektiv kan det vara av intresse att i framtiden undersöka eventuella skyddande faktorer mot upplevd åldersdiskriminering. Eftersom upplevd åldersdiskriminering är en bestämningsfaktor för delaktighet och inflytande i samhället är min hypotes att generationsmöten i samhället skulle kunna vara en skyddande faktor mot upplevd åldersdiskriminering. Att tillämpa ett intersektionellt och normkritiskt tänkande med maktperspektiv kring ålder är av betydelse för folkhälsointerventioner. Frågor som har uppkommit är hur folkhälsoarbetet förstärker attityder om ålder och äldre, vilket skulle kunna ha en betydelse för äldres upplevda åldersdiskriminering. Ytterligare frågor handlar om hur kommunikation och information sker i folkhälsointerventioner till äldre och andra åldrar samt hur interventioner inkluderar äldre. Genom att öka medvetenheten om åldersdiskriminering och kopplingen till äldres hälsa är min förhoppning att resultaten från denna litteraturstudie kan bidra med en ökad förståelse av den folkhälsovetenskapliga relevansen på området.

8. Referenser

- Ahlberg, B. M., & Krantz, I. (2006). Är lagen tillräcklig som reformteknologi mot diskriminering inom den svenska hälso- och sjukvården? i A. Groglopo, & B. M. Ahlberg (Red.), *Hälsa, vård och strukturell diskriminering. Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering. SOU 2006:78* (ss. 111-135). Stockholm: Fritzes.
- Anderson, D., Connelly, P., Meier, R., & McCracken, C. (2013). Mental health service discrimination against older people. *The Psychiatrist*, 37(3), 98-103. doi:10.1192/pb.bp.112.040097
- Andersson, J., Lukkarinen Kvist, M., Nilsson, M., & Närvänen, A.-L. (2011). *Att leva med tiden. Samhälls- och kulturanalytiska perspektiv på ålder och åldrande* (1:1 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, L. (2008). *Ålderism*. Lund: Studentlitteratur.
- Berensson, K., Olofsson, E., & Räftegård-Färggren, T. (2010). Äldres hälsa - en utmaning för Europa. *Socialmedicinsk tidskrift*, 87(3), ss. 145-152. Hämtat från <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/688/500> den 10 Mars 2015
- Bhalla, A., Grieve, R., Tilling, K., Rudd, A. G., & Wolfe, C. A. (2004). Older stroke patients in Europe: stroke care and determinants of outcome. *Age and Ageing*, 33(6), 618-624. doi:10.1093/ageing/afh219
- Björklund, J., Sabuni, N., Krantz, T., & Westerholm, B. (den 2 Mars 2009). "Tuffare lagar krävs mot diskriminering av äldre". Hämtat från <http://www.dn.se/debatt/tuffare-lagar-kravs-mot-diskriminering-av-aldre/> den 15 Mars 2016
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246.
- Centre for Policy and Ageing. (2009). *Ageism and age discrimination in secondary health care in the United Kingdom. A review from the literature*. (N. Lievesley, Red.) Hämtat från http://www.cpa.org.uk/information/reviews/CPA-ageism_and_age_discrimination_in_secondary_health_care-report.pdf den 14 Mars 2016
- Chambaere, K., Rietjens, J. A., Smets, T., Bilsen, J., Deschepper, R., Pasman, H. W., & Deliens, L. (2012). Age-based disparities in end-of-life decisions in Belgium: a population-based death certificate survey. *BMC Public Health*, 12(447), 1-10. doi:10.1186/1471-2458-12-447
- Chun, H., Kang, M., Cho, S.-i., Jung-Choi, K., Jang, S.-N., & Khang, Y.-H. (2015). Does the Experience of Discrimination Affect Health? A Cross-Sectional Study of Korean Elders. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 2285-2295. doi:10.1177/1010539513506602
- Cruz-Jentoft, A. J., Carpena-Ruiz, M., Montero-Erasquin, B., Sanchez-Castellano, C., & Sanchez-Garcia, E. (2013). Exclusion of Older Adults from Ongoing Clinical Trials About Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of The American Geriatrics Society*, 61(5), 734-738. doi:10.1111/jgs.12215
- Edlin, R., Round, J., McCabe, C., Sculpher, M., Claxton, K., & Cookson, R. (2008). *Cost-effectiveness analysis and ageism: a review of the theoretical literature*. Hämtat från Research Gate :

- https://www.researchgate.net/publication/251979952_Cost-effectiveness_analysis_and_ageism_a_review_of_the_theoretical_literature den 3 Maj 2016
- Ejlertsson, G., & Andersson, I. (2009). Folkhälsa - några begreppsdefinitioner. i I. Andersson, & G. Ejlertsson (Red.), *Folkhälsa som tvärvetenskap - möten mellan ämnen* (ss. 17-30). Lund: Studentlitteratur.
- European Commission. (2007). *Special Eurobarometer 263 "Discrimination in the European Union"*. Hämtat från http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_263_sum_en.pdf den 18 Februari 2015
- European Commission. (2009). *Special Eurobarometer 317 "Discrimination in the EU in 2009"*. Hämtat från http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_317_sum_en.pdf den 22 Mars 2016
- Ferraz-Nunes, J., & Karlberg, I. (2012). *Hälsoekonomi - begrepp och tillämpningar* (2:1 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Fitzsimmons, P., Blayney, S., Mina-Corkill, S., & Scott, G. O. (2012). Older participants are frequently excluded from Parkinson's disease research. *Parkinsonism and Related Disorders*, 18(5), 585-589. doi:10.1016/j.parkreldis.2012.03.003
- Folkhälsomyndigheten. (den 2 December 2013). *Självupplevd diskriminering*. Hämtat från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/delaktighet-och-inflytande-i-samhallet/sjaluupplevd-diskriminering/> den 10 Mars 2016
- Folkhälsomyndigheten. (den 23 December 2015a). *1. Delaktighet och inflytande i samhället*. Hämtat från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/delaktighet-och-inflytande-i-samhallet/> den 23 Februari 2016
- Folkhälsomyndigheten. (2015b). *Folkhälsans utveckling - elva målområden*. Hämtat från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/> den 11 Februari 2015
- Forman, L., & Bomze, S. (2012). International Human Rights Law and the Right to Health: An Overview of Legal Standards and Accountability Mechanisms. i G. Backman (Red.), *The right to health. Theory and practice* (ss. 33-71). Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3:e uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Gorman, M. (1999). Development and the rights of older people. i J. Randel, T. German, & D. Ewing (Red.), *The ageing and development report: poverty, independence and the world's older people*. (ss. 3-21). London: Earthscan Publications Ltd.

- Han, J., & Richardson, V. E. (2015). The relationships among perceived discrimination, self-perceptions of aging, and depressive symptoms: a longitudinal examination of age discrimination. *Aging & Mental Health*, 19(8), 747-755. doi:10.1080/13607863.2014.962007
- Health Consumer Powerhouse. (2016). *Euro Health Consumer Index 2015*. Hämtat från http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf den 2 Maj 2016
- Heikkilä, K. (2010). Kulturella aspekter och etnicitet. i A. Ekwall (Red.), *Äldres hälsa och ohälsa - en introduktion till geriatrisk omvårdnad* (1:1 uppl., ss. 41-52). Lund: Studentlitteratur.
- Heikkinen, S., & Krekula, C. (2008). Ålderism - ett fruktbart begrepp? *Sociologisk Forskning*, 45(2), 18-34. doi:<http://du.diva-portal.org/smash/get/diva2:866488/FULLTEXT01.pdf>
- Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare* (1:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Hubbard, R. E., Lyons, R. A., Woodhouse, K. W., Hillier, S. L., Wareham, K., Ferguson, B., & Major, E. (2003). Absence of ageism in access to critical care: a cross-sectional study. *Age and Ageing*, 32(4), 382-387. doi:10.1093/ageing/32.4.382
- International League Against Epilepsy. (2013). Instructions for authors. *Epilepsia*, 54(9), 1513-1523. doi:10.1111/epi.12316
- Jönson, H. (2002). *Ålderdom som samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Karlberg, I. (2011). *Policy, etik och resursfördelning i folkhälsoarbetet*. Billdal: Lindås.
- Karolinska Institutet. (2015). *Svensk MeSH*. Hämtat från <https://mesh.kib.ki.se/term/D063506/ageism> den 15 Mars 2015
- Kommissionen för jämlik vård. (2016). *Ojämlig vård - ett hot mot vår sjukvård*. Hämtat från <http://www.lif.se/globalassets/pdf/rapporter-externa/ojamlik-var-d---ett-hot-mot-var-sjukvard.pdf> den 11 Mars 2016
- Krieger, N. (2000). Discrimination and health. i L. F. Berkman, & I. Kawachi (Red.), *Social epidemiology* (ss. 36-75). Oxford: Oxford University Press.
- Krieger, N., Smith, K., Naishadham, D., Hartman, C., & Barbeau, E. M. (2005). Experiences of discrimination: Validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1576-1596. doi:10.1016/j.socscimed.2005.03.006
- Kristensson, J., & Jakobsson, U. (2010). Olika perspektiv på åldrandet. i A. Ekwall (Red.), *Äldres hälsa och ohälsa - en introduktion till geriatrisk omvårdnad* (1:1 uppl., ss. 15-27). Lund: Studentlitteratur.
- Landsrådet för Sveriges Ungdomsorganisationer, Pensionärernas Riksorganisation, Sveriges Pensionärsförbund, Seniorskraft. (2009). *Den bortglömda diskrimineringen: en rapport om när människor hamnar i kläm i vardagen på grund av sin ålder*. Stockholm: SPF.

- Levy, B. (2009). Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332-336. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x
- Liljeberg, K. (2005). *Hur påverkas hälsan av delaktighet och inflytande i samhället? – En litteratursammanställning*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut Rapport 2005:2.
- Martin, C., Rodríguez-Pinzón, D., & Brown, B. (2015). *Human rights of older people. Universal and Regional Legal Perspectives [Elektronisk resurs]* (Vol. 45). Springer. doi:10.1007/978-94-017-7185-6
- Medin, J., & Alexanderson, K. (2009). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande - en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Mégret, F. (2011). The human rights of older persons: A growing challenge. *Human Rights Law Review*, 11(1), 37-66. doi:10.1093/hrlr/ngq050
- Mitford, E., Reay, R., McCabe, K., Paxton, R., & Turkington, D. (2009). Ageism in first episode psychosis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(11), 1112–1118. doi:10.1002/gps.2437
- National Center for Biotechnology Information, NCBI. (2015). *MeSH Database*. Hämtat från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=ageism> den 15 Mars 2015
- Nationalencyklopedin. (2016a). *diskriminera*. Hämtat från <http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/diskriminera> den 8 Mars 2016
- Nationalencyklopedin. (2016b). *diskriminering*. Hämtat från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/diskriminering> den 8 Mars 2016
- Nationalencyklopedin. (2016c). *exkludera*. Hämtat från <http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/exkludera> den 9 Mars 2016
- Nationalencyklopedin. (2016d). *åldersrasism*. Hämtat från <http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/%C3%A5ldersrasism> den 9 Mars 2016
- Nicolaj Iversen, T., Larsen, L., & Solem, P. E. (2009). A conceptual analysis of Ageism. *Nordic Psychology*, 61(3), 4-22. doi:10.1027/1901-2276.61.3.4
- Norén, D. (Februari 2015). *Hälso- och sjukvårdens och omsorgens viktiga paradigmskifte*. Hämtat från http://www.svid.se/upload/Kalender/2015/20150203_Frukostseminarium_Halso-o_sjukvard_paradigmskifte/Halso-och_sjukvardens_och_omsorgens_viktiga_paradigmskifte.pdf den 22 April 2016
- Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychol Bull*, 135(4), 531-554. doi:10.1037/a0016059
- Prop. 2002/03:35. (2002). *Mål för folkhälsan*. Hämtat från <http://www.regeringen.se/contentassets/04207325e75943408c69a55643ea1d3e/mal-for-folkhalsan> den 9 Mars 2015

- Prop. 2007/08:110. (2007). *En förnyad folkhälsopolitik*. Hämtat från <http://www.regeringen.se/contentassets/e6210d374d4642328badd71f64ca9846/en-fornyad-folkhalsopolitik-prop.-200708110> den 26 Februari 2016
- Reuber, M., Torane, P., & Mack, C. (2010). Do older adults have equitable access to specialist epilepsy services? *Epilepsia*, 51(11). doi:10.1111/j.1528-1167.2010.02661.x
- Rippon, I., Kneale, D., De Oliveira, C., Demakakos, P., & Steptoe, A. (2014). Perceived age discrimination in older adults. *Age and Ageing*, 43(3), 379-386. doi:10.1093/ageing/aft146
- Rogers, S. E., Thrasher, A. D., Miao, Y., Boscardin, W., & Smith, K. (2015). Discrimination in Healthcare Settings is Associated with Disability in Older Adults: Health and Retirement Study, 2008-2012. *Journal of General Internal Medicine*, 30(10), 1413-1420. doi:10.1007/s11606-015-3233-6
- Sahlin, I., & Machado, N. (2008). Diskriminering och exkludering: en introduktion. *Socialvetenskaplig tidskrift*, Nr 3-4, 174-184.
doi:<http://svt.forsa.nu/Documents/Forsa/Documents/Socialvetenskaplig%20tidskrift/Artiklar/2008/Diskriminering%20och%20exkludering,%20en%20introduktion%20av%20Ingrid%20Sahlin%20och%20Nora%20Machado.pdf>
- SFS 2008:567. (2008). Diskrimineringslag. Stockholm: Kulturdepartementet.
- Sjöström, K., & Ekwall, A. (2010). Psykisk ohälsa. i A. Ekwall (Red.), *Äldres hälsa och ohälsa - en introduktion till geriatrisk omvårdnad* (1:1 uppl., ss. 117-132). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2008). *Äldres psykiska ohälsa - en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser*. Hämtat från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8850/2008-131-20_200813120.pdf den 15 Mars 2016
- Socialstyrelsen. (den 30 December 2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/lists/Artikelkatalog/Attachments/18546/2011-12-30.pdf> den 7 Mars 2016
- Statens folkhälsoinstitut. (2005). *Säbebehandlad och kränkt - en rapport om samband mellan diskriminering och hälsa*. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/21503/r200549sarbehandlad0602.pdf> den 17 Mars 2015
- Statens folkhälsoinstitut. (2006). *Diskriminering - ett hot mot folkhälsan. Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa*. (J. Frykman, Red.) Hämtat från http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12127/R200622_Diskriminering_hot0610.pdf den 17 Mars 2016
- Statens folkhälsoinstitut. (2008). *Var med och bestäm*. (E. Nilsson, Red.) Hämtat från http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/21533/R200811_Aldres_delaktig_0805%281%29.pdf den 11 Februari 2015

- Statens folkhälsoinstitut. (2011). *Äldres hälsa. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010*. Hämtat från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12656/R2011-12-Aldres-halsa.pdf> den 17 Februari 2015
- Statistiska centralbyrån. (2012). *Europa blir äldre*. Hämtat från http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Artiklar/Europa-blir-aldre/ den 10 Mars 2016
- Statistiska centralbyrån, Demografiska rapporter 2015:2. (2015). *Sveriges framtida befolkning 2015-2060*. Hämtat från http://www.scb.se/Statistik/_Publikationer/BE0401_2015I60_BR_BE51BR1502.pdf den 1 Mars 2016
- Stephan, Y., Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2015). How old do you feel? The role of age discrimination and biological aging in subjective age. *PLOS ONE*, 10(3), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0119293
- Svenska Akademiens ordlista (SAOL). (2006). *SAOL 13 (2006)*. Hämtat från http://sok.saol.se/Saol13_Sidor2.pl den 14 Mars 2016
- Sveriges Kommuner och Landsting . (2015). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse - Internationell jämförelse 2015*. Hämtat från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-075-7.pdf> den 2 Maj 2016
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2013). *Äldres hälsa och livsvillkor - omvärldsbevakning*. Hämtat från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-963-8.pdf> den 10 Mars 2016
- Sveriges Pensionärsförbund. (2012). *Äldre i folkhälsopolitiken*. (O. Nilsson, Red.) Hämtat från http://www.spf.se/spf/uploads/Intranet/Friska/dokument/%C3%84ldre%20i%20folk%C3%A4lsopolitiken_ny.pdf den 11 Februari 2015
- The Swedish National Institute of Public Health. (2007). *Healthy Ageing: a challenge for europe*. Hämtat från http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_26_frep_en.pdf den 10 Mars 2015
- Toms, A. P., Cash, C. J., Linton, S. J., & Dixon, A. K. (2001). Requests for body computed tomography: increasing workload, increasing indications and increasing age. *European Radiology*, 11(12), 2633-2637. doi:10.1007/s003300101052
- United Nations. (2002). *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing. Second World Assembly on Ageing 2002*. Hämtat från http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf den 2 Mars 2016
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2013). *World population ageing 2013*. Hämtat från <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf> den 25 Februari 2016

- United Nations, General Assembly. (den 16 December 1991). *United Nations Principles for Older Persons*. Hämtat från <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/olderpersons.pdf> den 1 Mars 2016
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). *World Population Prospects The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables*. Hämtat från http://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf den 21 Mars 2016
- Wamala, S., & Bildt, C. (2006). Svenska empiriska studier av sambandet mellan diskriminering och psykisk och fysisk ohälsa bland utlandsfödda. i A. Groglopo, & B. M. Ahlberg (Red.), *Hälsa, vård och strukturell diskriminering. Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering. SOU 2006:78* (ss. 35-84). Stockholm: Fritzes.
- van den Heuvel, W. J., & van Santvoort, M. M. (2011). Experienced discrimination amongst European old citizens. *European Journal of Ageing*, 8, 291-299. doi:10.1007/s10433-011-0206-4
- Vauclair, C.-M., Marques, S., Lima, M. L., Abrams, D., Swift, H., & Bratt, C. (2014). Perceived Age Discrimination as a Mediator of the Association Between Income Inequality and Older People's Self-Rated Health in the European Region. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(6), 901-912. doi:10.1093/geronb/gbu066
- Westerholm, B. (u.å.). *Vi måste få leva livet, hela livet*. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/projektwebbar/seniorguiden/halsosamtaldrande/leva-hela-livet-westerholm.pdf> den 18 Mars 2016
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtat från http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf den 18 Mars 2015
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Hämtat från http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf den 9 Mars 2015
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hämtat från http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1 den 9 Mars 2014
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Hämtat från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf den 25 Februari 2016
- World Health Organization. (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. Hämtat från http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf den 16 Mars 2016
- World Health Organization. (2015a). *Health and human rights*. Hämtat från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/> den 17 Februari 2016

- World Health Organization. (2015b). *Executive summaries, World report on ageing and health*. Hämtat från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/1/WHO_FWC_ALC_15.01_eng.pdf?ua=1 den 2 Mars 2016
- World Health Organization. (2015c). *Ageing and health*. Hämtat från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/> den 7 Mars 2016
- World Health Organization. (n.d.). *Definition of an older or elderly person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*. Hämtat från <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> den 11 Februari 2015
- World Health Organization, Centre for Health Development. (2004). *Ageing and Health Technical Report Vol.5. A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons*. Hämtat från http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf?ua=1 den 1 Mars 2016

Bilaga 1

FRÅGOR VID GRANSKNING AV KVANTITATIVA STUDIER

A. Syftet med studien

- Finns det ett tydligt problem formulerat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?
- Finns ett klart syfte och frågeställningar formulerat?
- Är designen lämplig för att besvara studiens syfte?

B. Undersökningsgrupp

- Är urvalsmetoden beskriven?
- Finns inklusions- och exklusionskriterier beskrivna? Och kan accepteras?
- Hur många deltagare inkluderades i undersökningen? Är gruppstorleken lämplig?
- Är undersökningsgruppen representativ?
- Beskrivs var och när undersökningen gjordes?
- Är powerberäkning gjord? Skulle det ha gjorts en powerberäkning?

C. Mätmetoder

- Är metoden tydligt beskriven och motiverad?
- Är mätmetoder beskrivna? Och är de adekvata?
- Vad anser du om reliabiliteten? Är data framtaget på ett tillförlitligt sätt? Är data reproducerbar?

D. Analys

- Är statistiska metoder som använts lämpliga?
- Finns en bortfallsanalys? hur stort är bortfallet och kan det accepteras?
- Har möjliga confounders i studien eller i analysen identifierats och hanterats?
- Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet? Finns signifikanta skillnader? Är resultatet tydligt presenterat?
- Finns några etiska resonemang?

E. Värdering

- Finns en metoddiskussion och är den relevant diskuterad? Diskuteras eventuella brister?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden?
- Drar författaren några slutsatser? Är dessa adekvata och håller du med om slutsatserna?
- Kan resultaten generaliseras till en annan population?
- Kan resultatet ha en klinisk betydelse?
- Vad anser du om den interna validiteten?
- Ska artikeln inkluderas i litteraturstudien och varför?
- Vilken kvalitet? Utifrån granskningen anser jag att artikeln har hög, medel eller låg kvalitet.

Hög kvalitet = Finns en väl och tydligt beskriven metod, analys och resultat, med ytterst få brister. Valet av metod är adekvat och tydligt presenterat resultat och en metoddiskussion med styrkor och svagheter. Studien bör ha en bra validitet med få brister samt har någon redogörelse för etiskt resonemang eller etiskt godkännande.

Medel kvalitet = Finns en väl och tydlig beskriven metod, analys och resultat, men med vissa brister i utförande och/eller presentation. Metoddiskussion finns, men med vissa brister. Validiteten har brister men kan ändå godkännas. Etiskt resonemang eller etiskt godkännande finns inte tydligt formulerat men går att härleda på annat sätt, till exempel genom den publicerade tidskriften.

Låg kvalitet = Stora brister i utförande och/eller presentation av metod, analys och resultat. Resultatet är bristfälligt och ingen metoddiskussion finns. Validiteten har stora brister och inget etiskt resonemang eller etiskt godkännande finns.

Bilaga 2

Författare, Titel Publiceringsår, land, tidskrift, keywords	Syfte	Metod	Resultat/Slutsats	Kvalitet på studier
Anderson et al. (2013), <i>Mental health service discrimination against older People</i> Land: Storbritannien Tidskrift: The Psychiatrist Keywords: age, ageism, article, government, health care policy, human, law, mental health service, United Kingdom	Att undersöka uppfattningen om tillgängligheten och om jämlik tillgång till mentalvårdstjänster för äldre människor fanns. Samt om mentalvårdstjänster tillhandahölls av en specialiserad mentalvårdstjänst för äldre (older people's mental health service = OPMHS) eller en enda åldersinkluderande tjänst. (single age-inclusive service = SAIS).	Tvärsnittsstudie. En "Freedom of Information request" skickades till alla Primärvårds förvaltningar, hälsodepartement (nämnd) och National Health Service (NHS) departements kommissionärer (n=173) i England, Wales och Skottland. Information om tillgängligheten av en rad mentalvårdstjänster begärdes. Kommissionärerna tillfrågades om människor över 65 år hade lika tillgång till de olika mentalvårdstjänsterna jämfört med de under 65 år. Regressions analys genomfördes av rättvis tillhandahållning av tjänster och tillgänglighet av tjänster samt typ av tjänster tillhandahållna.	132 (76 %) kommissionärer besvarade och returnerade data. Totalt 1016 services tillhandahölls och av dessa tillhandahölls 64 % av OPMHS och 31 % av SAIS, 5 % tillskrivs inte någon av dessa. Av de 1016 services som tillhandahölls förklarades 7 % orättvis. Tjänster som tillhandahölls av SAIS ansågs vara mer orättvis än de som tillhandahölls av OPMHS samt att SAIS kan skapa indirekt åldersdiskriminering. Tillgänglighet var en viktig variabel som förklarar rättvisa och det fanns en stor variation mellan tillgänglighet och rättvis tillgång mellan kommissionsområden.	Medel
Bhalla et al. (2004), <i>Older stroke patients in Europe: Stroke care and determinants of outcome</i> Land: Storbritannien	Att undersöka strukturen och processen för strokevård. Vidare identifiera oberoende faktorer som är associerad med 3 månaders dödlighet och funktionsutfall hos patienter	Prospektiv kohortstudie. 13 center i 10 Europeiska länder undersöktes. Alla patienter inlagda på sjukhus för sin första stroke, rekryterades prospektivt. Sjukhusbaserade strokeregister	1847 patienter rekryterades. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan yngre (<75 år) och äldre (>75 år) patienter som blev inlagda på sjukhus inom 6 timmar efter strokedebuten. Diagnostiska	Hög

<p>Tidskrift: Age and Ageing</p> <p>Keyword: stroke, Europe, management, elderly</p>	<p>över 75 år samt jämföra dessa med yngre strokepatienter under 75 år i Europa.</p>	<p>etablerades under 1 år från 1996/1997 (i nio center) till 1998 (i tre center i Finland). Mellan 1994-1995 rekryterades patienter under 2 år (ett center i Danmark). Data standardiserades över alla centren och inkluderade demografiska data, riskfaktorer, svårighetsgraden av stroke. Resursanvändning på sjukhus och samhällstjänster mättes 3 månader efter stroke. En forskare besökte centren och använde sig av semi-strukturerade frågor för att samla in data för den tillgängliga personal tiden. Vidare mättes utfallet för dödligheten (från bl.a. dödsattester) och funktionsstatus genom intervjuer (Barthel Index skala 0-20) vid 3 månader efter stroke. Multipel logistisk regressionsanalys</p>	<p>interventioner användes mycket mindre hos äldre patienter än yngre. Äldre hade en mindre sannolikhet att få datortomografi av hjärnan (OR=0,56, CI=0,47–0,75, P<0,001). 3 månader efter stroke var yngre patienter mer benägna att granskas av sjukgymnaster och arbetsterapeuter jämfört med äldre patienter. Äldre hade signifikant större sannolikhet att ha en funktionsnedsättning och ålder ≥75 år var signifikant relaterat till funktionsnedsättning vid 3-månader efter stroke (OR=2,8, CI=1,75–3,8, P<0,001). Åldersdiskriminering kan förekomma eftersom äldre patienter med stroke inte får adekvata diagnostiska interventioner och rehabilitering trots en högre nivå av funktionsnedsättning.</p>	
<p>Chambaere et al. (2012), Age-based disparities in end-of-life decisions in Belgium: A population-based death certificate survey Land: Belgien Tidskrift: BMC Public Health</p>	<p>Att undersöka om det finns åldersrelaterade skillnader i beslut om dödshjälp/eutanasi. Samt om en viss livsförkortande effekt finns i Flanders, Belgien 2007. Specifika forskningsfrågor: 1) finns det skillnader i 2007 års frekvens av olika "end-of-life" beslut i livets slutskede över</p>	<p>Tvärsnittsstudie. Ett stratifierat slumpmässigt urval av dödsfall drogs (n=6927) av den central förvaltningsmyndighet för dödsattester, the Flemish Agency for Care and Health. Alla dödsfall mellan 1 juni 2007 och 30 november 2007 bosatta i Belgien med åldern 1 år eller äldre. Ett validerat frågeformulär</p>	<p>En tydlig skillnad fanns i incidens mellan "end-of-life" beslut 2007 jämfört med 1998. Vid beslutsprocessen för intensifierad lindring av smärta och/eller andra symptom med läkemedel var det efter multivariat analys signifikant vanligare att yngre patienter (<65 år) inkluderades i diskussionen. Signifikanta skillnader</p>	Medel

<p>Keywords: Ageism, Age inequalities, End of life, End-of-life decisions, Slippery slope, Euthanasia, Palliative care, Belgium</p>	<p>åldersgrupper, 2) finns det skillnaderna mellan olika åldersgrupper i incidens, 1998 och 2007, 3) hur ser den föregående beslutsprocessen ut, 4) kan utformningen och beviljandet av eutanasi förfrågningar göra skillnad i incidensen för åldersgrupperna.</p>	<p>(identisk med de som användes 1998) skickades till varje certifierande läkare (max 5 fall per läkare). Huvudfråga: hade dödsfallet varit plötslig och oväntad. Om denna fråga svarades negativt tillkom ytterligare 4 frågor som mer specifikt undersökte "end-of-life" beslut. Av de 6927 frågeformulären som skickades var det 3623 som blev besvarade och läkarsvaren från 725 dödsfall var inte möjliga att ha med i analysen. Svarsfrekvensen 58,4 % (3623/6202 berättigade fall). Multivariat logistisk regressionsanalys</p>	<p>mellan åldrar sågs också i diskussionen med patienten om intensifierad lindring av smärta och/eller andra symptom med samtidig avsikt att möjliggöra påskyndandet av död. I beslutsfattande av livsavslutande handling, utan uttrycklig begäran av patienten var palliativ vård (PC) konsultation bivariat signifikant högre bland patienter under 65 år (50 %) än bland patienter över 65 år (12 %). Ålder är inte en avgörande faktor i "end-of-life" beslut, dock har ålder en betydelse för den föregående beslutsprocessen.</p>
<p>Chun et al. (2015), <i>Does the experience of discrimination affect health? A cross-sectional study of Korean elders</i> Land: Syd Korea Tidskrift: Asia-Pacific Journal of Public Health Keywords: experience of discrimination, elder, health, social inequality</p>	<p>Att undersöka upplevd diskriminering bland äldre koreaner. Påverkar upplevd diskriminering hälsoindikatorer som depressiva symtom, SRH (self-rated health) och kroniska sjukdomar. Specifika forskningsfrågor, 1) hur ser prevalensen av upplevd diskriminering ut bland äldre Koreaner 2) vilka typer av diskriminerande erfarenheter uppfattar koreanska äldre som mest diskriminerande 3) hur är</p>	<p>Tvårsnittsstudie. Proportionellt slumpmässigt urval från populationsregister (Korea National Statistical Office) gjordes och flerstegs stratifierat urvalsdesign. 1000 äldre 60-89 år boende i Sydkorea 2007 intervjuades. Diskriminering mättes genom omarbetad version av the Experience of Discrimination (EOD). Erfarenhet av diskriminering kunde tillskrivas utbildning, hemort/hemregion, ålder,</p>	<p>Data från 992 individer analyserades. Medel 23,5% rapporterade att de hade erfarenhet av någon typ av diskriminering och av dessa var de 5,4 % ($p < 0,01$) som hade erfarenhet av diskriminering på grund av ålder. Signifikant fler män än kvinnor hade erfarenhet av åldersdiskriminering. Åldersdiskriminering visar sig var signifikant relaterat till depressiva symtom (OR 2,12 95 % CI = 1,05–4,27) efter multivariat analys justerat för demografiska och socioekonomiska faktorer. Svag</p>

	erfarenheter av olika diskriminerande upplevelser relaterad till mental, fysisk och självskattad hälsa (SRH)	födelseordning, eller kön. Hälsoutfall inkluderade depression, dålig SRH och fysiskt-diagnostiserad kronisk sjukdom. Multivariat logistisk regressionsanalys	association mellan åldersdiskriminering och dålig SRH fanns. Åldersdiskriminering hade ingen association med kroniska sjukdomar.	
Cruz-Jentoft et al. (2013), <i>Exclusion of older adults from ongoing clinical trials about type 2 diabetes mellitus</i> Land: Spanien Tidskrift: Journal of the American Geriatrics Society Keywords: type 2 diabetes mellitus, ageism, clinical trial, registries, research subject selection	Att undersöka protokoll från pågående kliniska prövningar på typ 2 diabetes mellitus. Se om övre åldersgränser för inkludering av fall fastställts eller om exklusionskriterier använts som kan minska rekryteringen av äldre.	kohortstudie. Data om pågående kliniska prövningar på typ 2 diabetes hämtades från the World Health Organization International Clinical Trials Platform (WHO-ICTRP) den 31 juli 2011. Variabler som undersöktes var miljö, antal involverade länder, finansiella medel, målurvalets storlek, typ av intervention. Farmakologiska behandlingar delades in i 11 grupper. Läkare med kompetens inom kliniska prövningar granskade systematiskt varje protokoll. Exklusionskriterier klassificerades som motiverat eller dåligt motiverat. Univariat analys	816 registrerade prövningar, varav 376 exkluderades. 440 kliniska prövningar som undersökte typ 2 diabetes mellitus inkluderades och analyserades. 65,7 % av prövningarna exkluderade individer genom att använda sig av en övre åldersgräns. Att ha en övre åldersgräns var mer vanligt när urvalsstorleken var <100 (P=0,002). Bara sex kliniska prövningar (1,4 %) studerade äldre specifikt. Forskning om typ 2 diabetes mellitus som kommer att publiceras i den närmsta framtiden kommer att vara diskriminerande mot äldre.	Hög
Fitzsimmons et al. (2012), <i>Older participants are frequently excluded from Parkinson's disease research</i> Land: Storbritannien Tidskrift: Parkinsonism	Att undersöka i vilken grad äldre deltagare exkluderas från forskning om Parkinson's disease (PD). Används övre åldersgränser och hur ser associationen ut mellan studiers egenskaper och exkludering på grund av ålder.	Systematisk analys av data om pågående PD studier hämtades från WHO International Clinical Trials Registry Platform (WHO-ICTRP) den 1 april 2011. Variabler extraherades och innehöll data om exkludering av godtyckliga övre åldersgränser, studie design, studie	210 studier varav 4 exkluderades. 206 studier inkluderades i analysen. 49 % av de analyserade studierna exkluderade patienter genom att använda sig av en övre åldersgräns. Det var signifikant mer vanligt att exkludera efter ålder i studier med mindre än 100 deltagare (OR 1,92 95	Hög

and Related Disorders Keywords: Parkinson's, ageism, research, elderly, exclusion		subjekt, geografisk plats, sponsring och finansieringsmedel, miljö, målurvalets storlek och studiens varaktighet.	% CI 1,13–3,42 P = 0,018). Åldersdiskriminering av äldre i PD forskningen finns, vilket kan få kliniska konsekvenser för vården av äldre PD patienter.	
Han & Richardson (2015), <i>The relationships among perceived discrimination, self-perceptions of aging, and depressive symptoms: a longitudinal examination of age discrimination</i> Land: USA Tidskrift: Ageing and Mental Health Keywords: discrimination, age discrimination, negative self-perceptions of ageing, depressive symptoms, older adults	Att undersöka relationen mellan förändringar i upplevd diskriminering, åldersdiskriminering och förändringar i depressiva symtom hos äldre människor. Hypoteser, 1) förändringar i daglig upplevd diskriminering kommer vara relaterat till depression efter fyra år, 2) åldersdiskriminering kommer vara relaterat till självuppfattningar om åldrande och depressiva symtom, 3) självuppfattningar om åldrande kommer ha en betydelse för upplevd åldersdiskriminering och depressiva symtom.	kohortstudie. Två waves (2008 och 2012) med data från the Health and Retirement Study (HRS). 3921 respondenter ingick i urvalet, de över 50 år och som svarat på daglig diskriminering och utmärkande egenskaper. Depressiva symtom mättes genom den uppdaterade the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Självuppfattning av åldrande mättes genom "Attitudes towards Own Aging". Upplevd diskriminering mättes genom hur ofta respondenterna erfarit vart och ett av fem dagliga diskriminerande händelser, i deras dagliga liv. Upplevd åldersdiskriminering mättes genom diskrimineringen på grund av enbart ålder samt diskriminering på grund av ålder och annan diskrimineringsgrund. Longitudinell regressionsanalys.	10,4 % rapporterade upplevd daglig diskriminering enbart på grund av ålder. Upplevd diskriminering var störst bland äldre som tillskrev diskrimineringen till attributionsgruppen ålder och andra diskrimineringsgrunder (20,7 %). Denna grupp visade mer depressiva symtom och negativ självuppfattning av åldrande än de andra tre attributionsgrupperna (ingen diskriminering, bara åldersdiskriminering, andra diskrimineringsgrunder). Äldre individer som upplevt mer åldersdiskriminering rapporterade efter en fyra årsintervall signifikant mer negativ självuppfattning om åldrande och mer depressiva symtom. Självuppfattning om åldrande var signifikant relaterat till depressiva symtom, samt var en medierande faktor i relationen mellan upplevd åldersdiskriminering och depressiva symtom.	Hög

<p>Hubbard et al. (2003), <i>Absence of ageism in access to critical care: A cross-sectional study</i> Land: Storbritannien Tidskrift: Age and Ageing Keywords: elderly, ageism</p>	<p>Att undersöka om det finns en diskriminering av äldre i tillgången till intensivvårdssängar i södra Wales. Det vill säga nekas patienter i behov av intensivvårdsinträttningar tillträde enbart på grund av sin ålder. Jämförelser gjordes mellan allmän vårdavdelning (general ward) och intensivvårdsavdelning (critical care).</p>	<p>Tvärsnittsstudie. 4058 patienter ingick i studien. Patienterna räknades och dokumenterades var 12:e dag under ett kalender år. En sammanfattning för varje patient gjordes där skäl för inkludering, diagnos, procedur och APACHE II variabler fanns. Bedömningar gjordes av tio läkare, specialister på kritiskt sjuka patienter, där jämförelser gjordes mellan den faktiska platsen för vård och den som bedömdes vara mest lämplig för denna vårdplats. Procentjämförelser och frekvenskvoter, med CI</p>	<p>Av 4058 bedömningar var specialisterna överens om 3723 fall. Av de patienter som var placerade på "general ward" ansågs 53 % vara mer i behov av vård på "critical care" och av de patienter som vårdades på "critical care" ansågs 12,4 % av patienterna vara mer lämpligt placerade på "general ward". Resultaten var signifikanta med $p < 0,05$. Proportionen i de olika åldersgrupperna (< 55, $55-64$, $65-74$, $75-84$, > 85 år) som ansågs vara på fel avdelning varierade lite. Det fanns inte någon betydande åldersdiskriminering.</p>	Hög
<p>Mitford et al. (2010), <i>Ageism in first episode psychosis</i> Land: Storbritannien Tidskrift: International Journal of Geriatric Psychiatry Keywords: first episode psychosis, ageism, older people, hospital admission, very late onset schizophrenia like psychosis, late onset psychosis</p>	<p>Att undersöka vuxna diagnostiserade med första episodens psykos i Northumberland, nordöstra England. Jämföra skillnader och egenskaper hos två olika åldersgrupper med första episodens psykos.</p>	<p>Tvärsnittsstudie. Jämförelser av 537 patienter, >65 år (23 %) och <65 år (77 %) med första episodens psykos. Data om demografi, diagnos och sjukhusvistelse samlades in mellan oktober 1998 och oktober 2005. Använde ICD-10 diagnoskriterier och dataformuläret färdigställdes av patienters konsulterande psykiater eller av personal från databasen the PACE. Data hämtades från slutenvård- och öppenvårdspatienters sekundära vårdjournalanteckningar.</p>	<p>Yngre patienter (<65 år) hade signifikant mer sannolikhet att läggas in vid presentation än äldre patienter (>65 år), $p < 0,05$. Ingen signifikant skillnad fanns efter ett år. Författarnas slutsats var att första episodens psykos inte är ovanligt hos äldre och att ålderism förekommer i relevanta hälso-och sjukvårdstjänster, som hindrar äldre människor att få lämplig vård vid psykos.</p>	Hög

<p>Reuber et al. (2010), <i>Do older adults have equitable access to specialist epilepsy services?</i> Land: Storbritannien Tidskrift: Epilepsia Keywords: epilepsy, elderly, geriatrics, epidemiology, misdiagnosis</p>	<p>Att undersöka om äldre vuxna med epilepsi har en rättvis tillgång till specialist epilepsi service i Sheffield och Rotherham, oavsett ålder eller betalningsförmåga. Ytterligare var syftet att jämföra åldersdistributionen av patienter under specialist epilepsi service och den beräknade åldersrelaterade prevalensen av epilepsi.</p>	<p>Tvärsnittsstudie. 846 vuxna under aktiv specialistvård av the ESN service (Epilepsy Specialist Nurses), jämfördes med data hämtade från General Practice (GP) i Sheffield och Rotherham. Den åldersrelaterade prevalensen i serviceanvändning per 1000 medlemmar i the GP-registrerade populationen beräknades och jämfördes med den allmänna befolkningens prevalensdata. Data hämtades från den största primärvårdsbaserade epidemiologiska undersökningen av epilepsi i Storbritannien.</p>	<p>Medelvärde av epilepsi prevalensen per 1000 invånare i Storbritannien ökade med åldern medan medelvärdet av användningen av epilepsiservice per 1000 invånare i Sheffield minskade med åldern. Yngre patienter (<20 år) hade nästan 20 gånger mer specialistvård än patienter över 85 år. Äldre patienter med epilepsi är inte lika ofta hänvisade till specialistvård som yngre.</p>	Medel
<p>Rippon et al. (2014), <i>Perceived age discrimination in older adults</i> Land: Storbritannien Tidskrift: Age and Ageing Keywords: discrimination, ageing, ageism, ELSA, England, older adults</p>	<p>Att undersöka erfarenheter av upplevd åldersdiskriminering hos äldre 52 år och över. Ytterligare undersöka vilka sociodemografiska faktorer som är relaterade till upplevd åldersdiskriminering i vardagliga situationer, till exempel medicinska miljöer.</p>	<p>Tvärsnittsstudie. Data från Wave 5 (2010-11) i the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). Enkätundersökning av äldre (52 år och över). Undersöka åldersdiskriminering och frekvensen av fem diskriminerande situationer, svaren dikotomiserades. Orsaken till erfarenheten av de fem diskriminerings situationer som tillskrevs ålder behandlades som fall av upplevd åldersdiskriminering. Kovariater (förklarande variabler) som</p>	<p>Analys av 7805 deltagare (bortfall 302 individer). 36,8% hade erfarenhet av upplevd åldersdiskriminering i ålder 65 år och över. Upplevd åldersdiskriminering ökade mest med ålder i gruppen 70-79 år (OR 1,42; 95 % CI 1,18–1,71). Upplevd åldersdiskriminering är associerat med högre ålder, lägre hushållsvälstånd, högre utbildningsnivå och att vara pensionär eller inte arbeta. Kön, välstånd och utbildningsnivå var de mest korrelerande variablerna till alla fem situationerna efter</p>	Hög

		inkluderades var ålder, kön, välstånd (household wealth), utbildning, civilstånd och nuvarande anställning/pensionerad. Multivariat logistisk regressionsanalys	multivariat analys. Åldersdiskriminering i medicinska miljöer var den enda individuella diskrimineringssituation som ökade med ålder.	
Toms et al. (2001), <i>Requests for body computed tomography: Increasing workload, increasing indications and increasing age</i> Land: Storbritannien Tidskrift: European Radiology Keywords: CT, population, elderly, ageism, rationing	Att se eventuella trender i åldersgrupper i populationen, som genomgått en kroppslig tomografiundersökning (Body CT) över en tioårsperiod på en avdelning för radiologi, på Addenbrooke's hospital, Cambridge University Hospitals NHS Trust.	Tvärsnittsstudie. Data från sjukhusets datoriserade informationssystem mellan 1995-2000. Alla patienter som besökt the Body CT unit (tomografiavdelning), deras ålder samt deras remisskälla samlades in. Data från loggböcker vid tomografiavdelningen analyserades också under september månad 1988 och 1998. Data jämfördes med populationstrender på sjukhuset och lokal demografi.	Kroppslig datortomografi (Body CT) hade övergripande ökat hos den äldre populationen mellan 1995 och 2000. Speciellt stora öknings i åldrarna 71-80 år och 81-90 år i CT remisser under september månad 1998 jämfört med 1988. Den lokala populationen och sjukhuspopulationen förändrades lite under den undersökta tidsperioden. Det finns ingen evidens för att diskriminering av ålder görs när det gäller kroppslig datortomografi.	Medel
van den Heuvel & van Santvoort (2011) <i>Experienced discrimination amongst European old citizens</i> Land: Nederländerna Tidskrift: European Journal of Ageing Keywords: ageism, discrimination, life	Att undersöka hur vanligt direkt åldersdiskriminering är bland äldre människor i Europa. Undersöka vilka individuella och sociokulturella faktorer (bl.a. subjektiv hälsa, tillfredsställelse med livet) som är relaterade till åldersdiskriminering. Finns skillnader mellan äldre individer i olika Europeiska länder.	Tvärsnittsstudie. 14 364 äldre (>62 år). Data från the European Social Survey från 2008 (ESS Round 4). Slumpmässigt sannolikhetsurval från 28 länder. Intervjuer (1 tim/person). Beroende variabel: upplevd åldersdiskriminering. Oberoende variabler: Individuella faktorer som ålder, kön, utbildningsnivå, hushållens	Analys av data från 13 848 äldre. En signifikant korrelation fanns mellan de tre indikatorerna för upplevd diskriminering på grund av ålder. Linjär regressionsanalys visade att subjektiv hälsa, tillfredsställelse med livet, tillit, och allvaret med åldersdiskriminering är relaterade faktorer till upplevd åldersdiskriminering. Äldre som	Hög

satisfaction, trust in people, socio-cultural context, Europe		nettoinkomst, etnicitet, subjektiv hälsa, tillfredsställelse med livet. Mätning av sociokulturella faktorer (tillit, uppskattning av allvaret med åldersdiskriminering och jämförelser av upplevd diskriminering mellan länder). Regressionsanalys av oberoende och beroende variabler.	upplevde bra subjektiv hälsa tillsammans med tillfredsställelse med livet rapporterade mindre åldersdiskriminering. Stora signifikanta skillnader av upplevd åldersdiskriminering fanns mellan länder i EU. Starkast relation till upplevd åldersdiskriminering är äldres subjektiva hälsa och tillfredsställelse med livet.	
<p>Vauclair et al. (2014) <i>Perceived age discrimination as a mediator of the association between income inequality and older people's self-rated health in the European region</i> Land: Portugal Tidskrift: the Journals of Gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences. Keywords: age discrimination, income inequality, multilevel mediation, older adults, self-rated health</p>	Att undersöka om åldersdiskriminering och (brist på) socialt kapital medierar sambandet som finns mellan inkomstskillnader och äldre människors självskattade hälsa.	Tvärsnittsstudie. 7819 äldre (>70 år). Data från the European Social Survey från 2008 och 2009. Slumpmässigt sannolikhetsurval från 28 länder. Utfallsvariabeln självskattad hälsa (mental och fysisk), Medierande variabler upplevd åldersdiskriminering och socialt kapital (tillit till andra människor). Kovariater: kön, ålder och utbildning. Inkomstskillnader i länderna mättes genom Gini-koefficient hämtat från Eurostat. Subjektiv fattigdom mättes som en proxyvariabel för socioekonomisk status (SES). 2-1-1 multilevel mediation model (MLM)	En positiv korrelation fanns mellan upplevd åldersdiskriminering och dålig självskattad hälsa hos äldre personer ($r=0,74$, $p<0,01$). De två variablerna åldersdiskriminering och socialt kapital medierar signifikant var för sig, relationen mellan ojämlikhet och hälsa. När de två medierande variablerna inkluderas tillsammans visar sig åldersdiskriminering vara en bättre mediator än socialt kapital för att förklara länken mellan ojämlikhet och hälsa. Åldersdiskriminering medierar relationen mellan inkomstskillnader och självrapporterad hälsa.	Hög